

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI "FEDERICO II"



**DOTTORATO DI RICERCA IN ECONOMIA E MANAGEMENT
DELLE AZIENDE E DELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE
XXVIII CICLO**

Coordinatrice: Ch.ma Prof.ssa M. Triassi

**“L’INTEGRAZIONE TRA MANAGEMENT E GOVERNO CLINICO.
L’IMPLEMENTAZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI E
L’INTRODUZIONE DI UNA NUOVA METODOLOGIA DI
BUDGETING QUALI STRUMENTI PER IL MIGLIORAMENTO
DELL’APPROPRIATEZZA DELLE ATTIVITÀ CHIRURGICHE DI
UN’AZIENDA OSPEDALIERA”**

DOCENTE

Ch.ma Prof.ssa Maria Triassi

CANDIDATA

Dott.ssa Maria Veronica Diana

TUTOR AZIENDALE

Dott. Alfonso Bernardo

INDICE

PREMESSA.....	pag 2
CAPITOLO I - PRESUPPOSTI TEORICI DEL PROGETTO.....	pag 4
1. Budgeting e governo clinico come driver di gestione nelle aziende sanitarie tra appropriatezza e vincoli di economicità.....	pag 4
1.1 Il governo clinico come strumento per garantire la qualità dell'assistenza nel rispetto dell'equilibrio tra bisogno, domanda e offerta.....	pag 5
1.2 Il budget nel governo delle aziende sanitarie: analisi della letteratura e dei pos- sibili impatti sulle variabili individuali e organizzative.....	pag 9
1.3 Il contesto normativo e programmatico nazionale, regionale ed aziendale.....	pag 15
CAPITOLO II - IL PROGETTO DI RICERCA.....	pag 21
2. Area di intervento e contesto operativo.....	pag 22
3. Obiettivi del progetto.....	pag 29
4. Metodologia operativa.....	pag 30
4.1 Azioni volte a migliorare l'appropriatezza dell'attività chirurgica.....	pag 31
4.2 Processo di budgeting realizzato presso l'Azienda Ospedaliera dei Colli.....	pag 36
4.2.1 Il Comitato di budget.....	pag 36
4.2.2 Il budgeting relativo all'anno 2013.....	pag 37
4.2.3 Il budgeting relativo all'anno 2014.....	pag 51
4.2.4 Il budgeting relativo all'anno 2015.....	pag 55
5. Risultati.....	pag 59
6. Considerazioni conclusive.....	pag 77
7. Riferimenti bibliografici.....	pag 81
8. Indice delle figure.....	pag 85
9. Indice delle tabelle.....	pag 85
10. Indice dei grafici.....	pag 86

PREMESSA

A partire dai provvedimenti di inizio anni '90 (D.Lgs 502/92), il conferimento di autonomia e responsabilità sui risultati alle strutture pubbliche del SSN ha posto l'accento sulla necessità di *“verificare la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate”* dalle Aziende Sanitarie, anche mediante *“valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati”*. Tale previsione è stata poi rafforzata dalle disposizioni dei Decreti Legislativi n. 29/1993 e 286/1999, che hanno istituito e annoverato il controllo di gestione tra gli strumenti tramite cui *“verificare l'efficacia, l'efficienza e l'economicità dell'azione amministrativa, al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati”*. In tempi più recenti, ulteriori disposizioni hanno arricchito il quadro normativo di riferimento, e nello specifico, la riforma sul federalismo (Legge n. 42/2009), il cosiddetto “Decreto Brunetta” (D.Lgs n. 50/2009) e i provvedimenti con cui le diverse Regioni hanno regolamentato i rispettivi servizi sanitari.

Di fatto, dunque, il contesto normativo ha sempre più imposto alle Aziende Sanitarie pubbliche di articolare un processo di controllo efficace, definendo correttamente gli oggetti di misurazione, i relativi processi e valutandone periodicamente gli andamenti. Negli anni, il focus in sanità si è, tuttavia, spostato in modo progressivo dalla mera gestione dei costi, dunque dalla ricerca di un equilibrio fondato su variabili di carattere economico-finanziario, al governo clinico, vale a dire un approccio globale, sistemico alle organizzazioni sanitarie finalizzato alla ricerca di un equilibrio fondato su alti standard di qualità ed appropriatezza, che giustifichino i costi e i livelli di efficienza del sistema.

La necessità di adottare un simile approccio è scaturita dalla stessa complessità delle organizzazioni sanitarie, legata sia all'oggetto della loro funzione (la salute umana), sia alla molteplicità e la tipologia delle professionalità che vi operano. Le Aziende Sanitarie possono essere, infatti, considerate come sistemi adattativi complessi, costituiti da settori tra loro interdipendenti, ognuno dei quali può influenzare il comportamento dell'intero sistema e il cui prodotto deriva non dall'azione delle singole parti, ma dalla loro interazione. La corretta gestione di sistemi di questo tipo richiede quindi la coesistenza di una vasta gamma di condizioni: la razionalità nell'uso delle risorse disponibili;

il governo delle innovazioni biomediche e farmaceutiche; l'indirizzo ed il coordinamento dei comportamenti dei professionisti mediante la definizione di idonei percorsi diagnostico-terapeutici; la gestione del rischio clinico; la disponibilità di un sistema informativo capace di fornire una misura dell'effetto delle azioni intraprese.

La necessità di tenere insieme i due sopracitati settori della governance (clinico ed economico-finanziario) implica che il management abbia una visione complessiva e una chiave interpretativa univoca di elementi apparentemente separati (qualità, sicurezza, efficacia, efficienza, economicità) e sviluppi un'idonea infrastruttura, un "*framework gestionale*" che integri al meglio i mondi apparentemente inconciliabili dei professionisti clinici, responsabili della qualità "tecnica" delle prestazioni erogate, e dei professionisti amministrativi, responsabili degli aspetti gestionali ed organizzativi.

Muovendo da tali presupposti, durante il triennio di dottorato è stato sviluppato un progetto di ricerca avente come obiettivo quello di realizzare, presso un'Azienda Ospedaliera regionale di alta specializzazione, un sistema di "*Integrated Governance*", ovvero un modello gestionale unificante, esportabile in altri contesti, fondato su un'integrazione ottimale tra management e governo clinico, in grado di aiutare l'organizzazione a realizzare la propria mission.

La metodologia utilizzata ai fini della realizzazione del progetto è consistita nell'introduzione nel contesto operativo di interesse di una nuova metodologia di budgeting, fortemente aperta ed inclusiva nei confronti dei dipendenti ed incentrata sull'assegnazione, ai singoli operatori, di obiettivi di appropriatezza correlati agli output e agli outcome dei percorsi assistenziali.

CAPITOLO 1 - I PRESUPPOSTI TEORICI DEL PROGETTO

**BUDGETING E GOVERNO CLINICO COME DRIVER DI GESTIONE
NELLE AZIENDE SANITARIE TRA APPROPRIATEZZA E VINCOLI DI
ECONOMICITÀ**

1. INTRODUZIONE

1.1 IL GOVERNO CLINICO COME STRUMENTO PER GARANTIRE LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA NEL RISPETTO DELL'EQUILIBRIO TRA BISOGNO, DOMANDA ED OFFERTA

Dopo una lunga fase storica in cui l'attenzione dei sistemi sanitari sembrava essere concentrata principalmente sulla necessità di contenere i costi operando sugli assetti gestionali e organizzativi con l'esplicito intento di recuperare margini di efficienza operativa (obiettivi che, nel nostro Paese, sono stati alla base del processo di aziendalizzazione), si è fatta progressivamente strada in molti contesti la consapevolezza che l'efficacia clinica delle prestazioni e l'appropriatezza del loro utilizzo nella pratica debbano rappresentare un interesse primario, anche se evidentemente non esclusivo. In altri termini, è parso evidente come fosse trascurata una dimensione assolutamente rilevante ed essenziale dell'assistenza, vale a dire la capacità dei servizi e degli operatori di mantenere performance professionali su standard accettabili in termini di risultati clinici ottenuti e di appropriatezza nell'uso degli interventi.

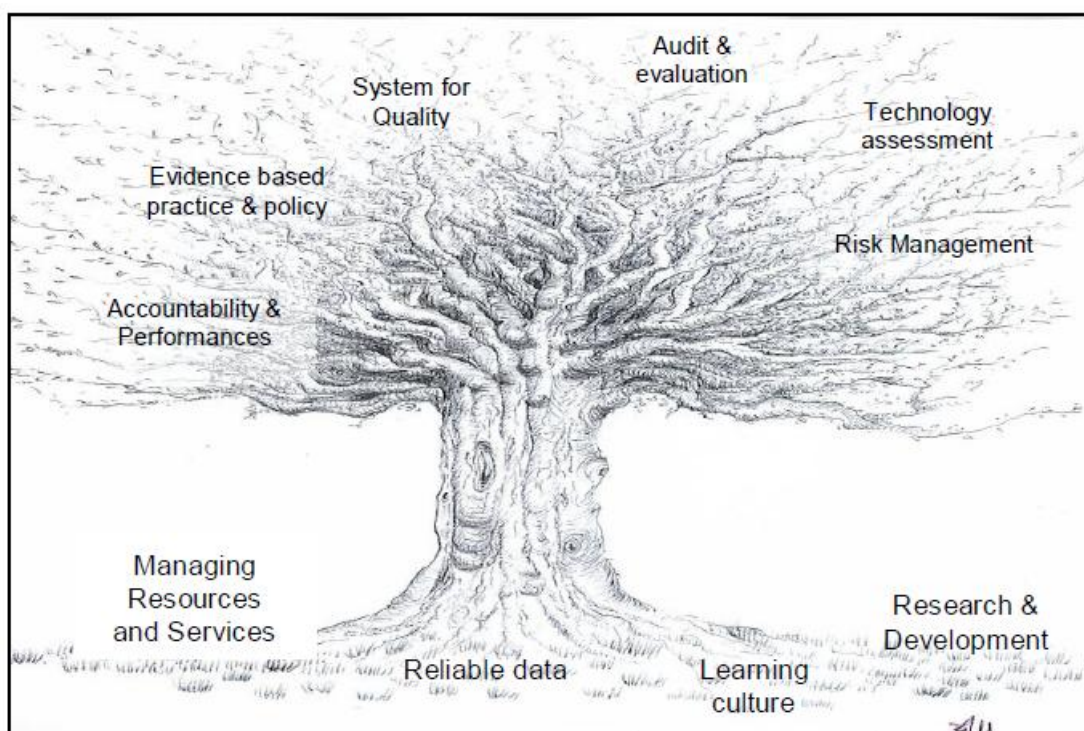
Al giorno d'oggi come garantire un'assistenza appropriata e di buona qualità costituisce, invece, uno dei problemi più rilevanti che i sistemi sanitari si trovano a dover affrontare, anche alla luce della crescente complessità dei bisogni assistenziali espressi dagli utenti¹. Tali bisogni risultano estremamente eterogenei e sempre meno spesso di pertinenza esclusiva di singole branche specialistiche, pertanto richiedono la presenza di contesti assistenziali ben organizzati, il cui elemento caratterizzante deve essere rappresentato dal coordinamento e dall'integrazione tra servizi e professionalità distinte, chiamati ad intervenire nei diversi momenti del percorso evolutivo di una patologia o contemporaneamente sullo stesso paziente^{2,3}.

In sistemi di questo tipo, possono incidere sulla qualità dell'assistenza erogata sia fattori tecnologico-strutturali, come il funzionamento delle strumentazioni, la sicurezza e l'ergonomia degli ambienti, sia fattori organizzativo-gestionali, come la distribuzione dei turni e dei carichi di lavoro, la definizione di competenze e responsabilità, la supervisione del personale e la sistematica realizzazione di programmi di formazione e aggior-

namento professionale. Elementi di notevole rilievo sono rappresentati, inoltre, dalle caratteristiche individuali degli operatori (memoria, attenzione, capacità decisionale, competenza professionale, percezione della responsabilità) e dalle dinamiche interpersonali e di gruppo^{2,4}.

Alla luce di quanto detto, si comprende come la qualità dell'assistenza sia strettamente correlata alla capacità di gestire in modo appropriato il sistema sanitario nella sua interezza, sia attraverso un uso razionale delle risorse strutturali e tecnologiche, sia attraverso un governo corretto delle innovazioni biomediche e una valida gestione delle risorse umane, capace di orientare i comportamenti degli operatori verso scelte diagnostico-terapeutiche giuste ed efficaci. Per tale ragione, la garanzia della qualità dell'assistenza si configura come un ambito di intervento di pertinenza elettiva della “*clinical governance*” (impropriamente tradotta come “governo clinico”), un nuovo approccio alla gestione dei sistemi sanitari nato nel mondo anglosassone alla fine degli anni '90. E' ben noto, infatti, che il governo clinico, la cui struttura è esemplificata dal celebre albero di Chamber (figura 1), si fonda sull'adozione di un approccio continuativo e sistematico alla gestione dei sistemi sanitari finalizzato a creare le condizioni clinico-organizzative necessarie per l'erogazione di prestazioni appropriate ed efficaci⁵.

Figura 1. L'albero di Chamber della clinical governance



Il governo clinico mira a fare in modo che le azioni finalizzate alla garanzia di queste ultime diventino parte integrante dell'attività istituzionale dei servizi e non, come frequentemente accaduto nel passato, un fatto occasionale, episodico e volontaristico.

La realizzazione di tale obiettivo richiede scelte e interventi coerenti ai diversi ambiti di governo dei servizi sanitari e, in particolare, a livello macro (l'ambito di governo nazionale e regionale), meso (l'ambito decisionale inter e intra aziendale) e micro (il livello decisionale rappresentato dal singolo team di operatori). Nello specifico, a livello aziendale, per la piena realizzazione del governo clinico, vengono richieste tre condizioni fondamentali:

- ▶ la condivisione multidisciplinare;
- ▶ la responsabilizzazione;
- ▶ la partecipazione.

La *condivisione multidisciplinare* implica il porre l'accento sul fatto che il risultato degli interventi e dei servizi sanitari è in larga misura l'esito non tanto dell'abilità e della capacità tecnica del singolo operatore, quanto piuttosto della buona operatività dei team di operatori dei servizi. Parlare di condivisione multidisciplinare significa, inoltre, ribadire che, per ottenere i risultati desiderati, occorre che le capacità tecnico-cliniche dei team di operatori siano adeguatamente supportate da un ambiente organizzativo e amministrativo funzionale al raggiungimento degli obiettivi clinici dei servizi. Pertanto, presupposto del governo clinico è la collaborazione non solo tra operatori clinici con diverso orientamento specialistico (ma impegnati nell'assistenza alle medesime categorie di pazienti), ma anche tra chi ha responsabilità cliniche nell'assistenza a singoli pazienti e chi, invece, ha responsabilità nell'organizzazione e nell'amministrazione di servizi per intere popolazioni di pazienti.

La *responsabilizzazione degli operatori* implica la necessità e la disponibilità degli stessi a sottoporsi a forme di controllo e monitoraggio delle proprie prestazioni secondo principi di valutazione professionalmente condivisi ai fini del perseguimento di una buona qualità dell'assistenza. Ciò non comporta, di per sé, una rinuncia o una riduzione dell'autonomia professionale del singolo operatore, che deve poter mantenere margini di propria libertà decisionale nella gestione dei problemi assistenziali, avendo però la consapevolezza che le proprie prestazioni saranno oggetto di una valutazione basata su principi chiaramente definiti e condivisi. Dal punto di vista dei servizi, l'ovvia implicazione

di queste considerazioni è la necessità che le forme di verifica e controllo si concretizzino nell'identificazione di figure professionali che abbiano il compito di verificare se e in che misura le prestazioni offerte siano conformi agli standard professionali accettati. Infine, il governo clinico deve essere un *processo partecipativo* nella misura in cui si assume che la partecipazione degli utenti all'attività dei servizi corrisponde non solo ad un generico diritto dei pazienti e ad un loro ruolo attivo, ma a una delle condizioni necessarie per il raggiungimento degli obiettivi clinici desiderati. La necessità di una partecipazione dell'utenza comporta, in concreto, l'esigenza di avviare una politica di comunicazione e informazione con il pubblico, che migliori la collaborazione del paziente con gli operatori; favorisca l'adozione comportamenti pienamente funzionali al raggiungimento degli obiettivi clinici desiderati; aumenti la consapevolezza rispetto a quanto ci si può ragionevolmente attendere dagli interventi sanitari disponibili e dalla tipologia di offerta dei servizi; metta il paziente in grado di effettuare scelte, laddove varie opzioni diagnostico-terapeutiche siano possibili, in modo da trovare quella più adatta alle esigenze e alle preferenze del singolo.

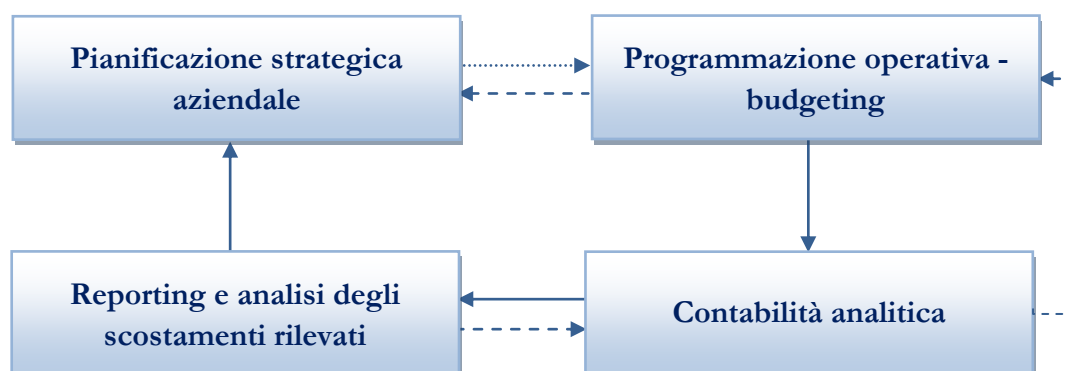
Non essendo possibile governare ciò che non si conosce, un'ulteriore implicazione pratica del governo clinico è rappresentata dallo sviluppo di validi sistemi di sorveglianza e monitoraggio dei processi assistenziali e dei loro esiti. In tal senso, piuttosto che sviluppare semplicemente strumenti per la raccolta sistematica di informazioni relative alla pratica clinica (oggi peraltro già ben descritta dai flussi informativi routinariamente disponibili), occorre creare le condizioni necessarie a far sì che tali informazioni siano realmente utilizzate in modo conseguente ai fini della corretta gestione dei servizi sanitari. In tale ottica, è essenziale operare in modo congiunto sia sul versante organizzativo che su quello culturale³; è fondamentale cioè che la qualità dell'assistenza non sia più ritenuta una dimensione separata, collaterale e parallela, e cominci piuttosto ad essere debitamente considerata nelle scelte operate sul piano del governo amministrativo del sistema sanitario, dell'organizzazione dei servizi e della formazione dei professionisti che vi operano.

1.2 IL BUDGET NEL GOVERNO DELLE AZIENDE SANITARIE: ANALISI DELLA LETTERATURA E DEI POSSIBILI IMPATTI SULLE VARIABILI INDIVIDUALI ED ORGANIZZATIVE

L'introduzione di elementi aziendalistici nelle realtà sanitarie italiane, avvenuta con l'emanazione del decreto legislativo 502/92⁶, ha determinato l'adozione da parte delle Aziende Sanitarie, sia ospedaliere che territoriali, di nuovi strumenti organizzativo-gestionali finalizzati a garantire il mantenimento nel tempo di un solido equilibrio economico attraverso il raggiungimento di obiettivi di efficacia, efficienza, economicità e rispetto dei vincoli di bilancio. Tra di essi figura la negoziazione di budget (o budgeting), che ancor oggi costituisce una delle quattro fasi fondamentali in cui si articola il processo di pianificazione e programmazione delle attività aziendali (*figura 2*):

- ▶ definizione degli obiettivi strategici da perseguire nel lungo periodo (pianificazione);
- ▶ individuazione degli obiettivi operativi, economico-patrimoniali e finanziari da raggiungere nel breve periodo (programmazione/budgeting);
- ▶ analisi dei costi sostenuti, delle attività svolte e dei ricavi ottenuti dai singoli centri di costo (contabilità analitica);
- ▶ valutazione dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi assegnati (reporting e analisi degli scostamenti rilevati)⁷.

Fig. 2 Processo di pianificazione e programmazione delle attività aziendali



Il “budgeting” consiste nel sistematico processo di negoziazione con cui annualmente i diversi organi aziendali raggiungono un accordo sulle modalità di allocazione delle ri-

sorse e definiscono, per singolo Centro di Responsabilità (CdR), gli obiettivi da perseguire nel breve periodo e gli indicatori da utilizzare per verificarne il raggiungimento.

Ben lungi dall'essere un semplice documento contabile o di programmazione economico-finanziaria, il budget costituisce quindi un importante strumento di programmazione e controllo che, se correttamente utilizzato, fornisce un notevole contributo al governo delle aziende, responsabilizzando gli operatori, orientandone i comportamenti e coniugando al meglio le esigenze di tipo organizzativo con quelle di tipo economico, l'efficacia clinica con l'appropriatezza e l'efficienza gestionale⁷.

Il budget fornisce, inoltre, un importante supporto al controllo di gestione in quanto prevede la verifica dei risultati conseguiti dai singoli CdR, sia durante l'intervallo temporale di riferimento che al termine dello stesso, e concorre a migliorare i processi di coordinamento, comunicazione e cambiamento organizzativo.

Affinché il budgeting risulti realmente produttivo e non si traduca in un mero adempimento burocratico privo di valore aggiunto, è tuttavia necessario che non sia considerato come una semplice tecnica da applicare all'interno delle aziende, ma come un diverso approccio al management capace di investire i comportamenti, i criteri di allocazione delle risorse e i sistemi di definizione delle responsabilità.

Un budgeting efficace non può, inoltre, prescindere dalla partecipazione di tutti gli attori coinvolti e dalla disponibilità di un sistema informativo in grado di raccogliere ed elaborare i dati consuntivi relativi a costi e prestazioni secondo diversi livelli di sintesi, in rapporto alla tipologia di obiettivi assegnati.

Il possibile impatto del processo di budgeting sulle aziende, sanitarie e non, è stato a lungo studiato in letteratura, focalizzando l'attenzione sia sui potenziali benefici prodotti in termini di coesione organizzativa, sia sui possibili effetti indesiderati derivanti da un utilizzo non adeguatamente strutturato di tale strumento⁸⁻¹⁴. L'analisi condotta dagli autori che, nel corso degli anni, hanno affrontato questa tematica può essere riassunta in alcuni punti principali.

Argyris⁹ ha individuato potenziali rischi di "autoreferenzialità" per la strategia aziendale conseguenti al processo di budget. Tali rischi possono derivare da una mancanza di apertura dell'azienda verso l'esterno e dalla conseguente possibile riduzione della sua capacità di innovazione nel lungo periodo. Il budget, infatti, da strumento di supporto alla pianificazione strategica dell'organizzazione, nel medio-lungo periodo rischia di tra-

sformarsi in un semplice rituale amministrativo^{15,16}, depotenziato della propria capacità di definizione strategica e orientato tendenzialmente a riprodurre in maniera statica, anno dopo anno, strategie pregresse modificate in via puramente incrementale.

L'autore¹⁷ ha, inoltre, sottolineato la possibilità che si generino conflitti tra differenti unità all'interno dell'azienda, come conseguenza dell'attribuzione di funzioni, responsabilità e/o risorse ritenute inique o non ben negoziate. Il budget, infatti, se non adeguatamente legittimato nell'organizzazione, rischia di essere percepito non più come strumento di supporto e di integrazione, bensì come strumento impositivo, ottenendo l'effetto di acuire tensioni e conflitti organizzativi, che sarebbe invece chiamato a contenere. Altri autori, come Brownell ed Hopwood^{18,19}, sviluppando tale concetto, hanno declinato in maniera più puntuale i rischi di conflittualità indotti dal budget, classificandoli in tre diverse categorie: a) rischi di comportamenti anti-manageriali, ovvero di condotte ostative nei confronti della direzione aziendale; b) rischi di comportamenti opportunistici, volti a privilegiare gli interessi di una singola unità operativa a scapito dell'intera organizzazione; c) rischi di tensioni o conflitti tra operatori di una stessa divisione, qualora i dipendenti si considerino “strutturalmente equivalenti” ma percepiscano uno squilibrio nei riconoscimenti da parte dell'organizzazione.

Burt^{20,21} ha studiato a lungo il tema delle dinamiche competitive connesse all'equivalenza strutturale in una prospettiva di “*social network analysis*”, rilevando come la competizione condotta all'eccesso non solo riduca la coesione organizzativa (vale a dire il grado di interazione tra individui che operano nello stesso contesto organizzativo), ma rischi anche di far venire meno la fiducia nei confronti dell'organizzazione.

Merchant²² ha, invece, sottolineato che il processo di budget, se fortemente connesso a meccanismi incentivanti per i singoli individui, può portare ad una programmazione di breve termine finalizzata a massimizzare i potenziali benefici derivanti dal raggiungimento di obiettivi misurabili (e monetizzabili) in un arco temporale limitato, piuttosto che contribuire alla realizzazione di un preciso orientamento strategico di lungo periodo.

Secondo autori più recenti, come Giddens e Walsham^{23,24}, un ulteriore potenziale punto di debolezza del budget è legato al rischio di sovra considerazione delle capacità intrinseche dello strumento, e ad una sua interpretazione in chiave “finalistica” e non “strumentale”. Il budgeting, infatti, come gli altri strumenti di programmazione e con-

trollo, costituisce un “mezzo”, e non un “fine”; può contribuire a responsabilizzare gli operatori all’interno dell’azienda ed orientarne in maniera più consapevole i comportamenti verso la realizzazione degli obiettivi di performance prefissati, ma deve essere governato in chiave strategica dal management. Pensare, all’inverso, che la sola introduzione del budget sia foriera di benefici per l’organizzazione, rientrerebbe invece in un ragionamento di “utopianismo strumentale” che rischia di rivelarsi controproducente in virtù delle eccessive aspettative riposte nello strumento, chiaramente disilluse dalla successiva consapevolezza della sua intrinseca incapacità di essere, di per sé, fonte di beneficio organizzativo. Ogni strumento, budget in primis, deve essere infatti governato strategicamente per poter determinare effetti positivi sull’organizzazione.

Diversi autori, soprattutto negli ultimi anni, si sono invece concentrati prevalentemente sugli effettivi benefici indotti dal budgeting nelle organizzazioni ed, in particolare, sul contributo dato dal processo di negoziazione di obiettivi e risorse in termini di integrazione, consapevolezza del ruolo organizzativo, responsabilizzazione degli operatori e senso di appartenenza all’azienda.

Macintosh²⁵, ad esempio, ha sottolineato l’apporto dato dalla budgetizzazione alla riduzione delle possibili ambiguità connesse all’identificazione dei ruoli all’interno delle organizzazioni ed ha osservato come la negoziazione di obiettivi e risorse contribuisca a rendere più “razionale” non solo la distribuzione delle responsabilità e delle competenze tra le Unità Operative, ma anche e soprattutto tra le persone che lavorano nell’organizzazione.

L’analisi di Macintosh ha costituito un importante punto di riferimento per studi successivi, condotti da autori come Ittner, Larcker e Webb^{26,27}, che hanno rimarcato il ruolo del budgeting come strumento di integrazione organizzativa, data la sua capacità di facilitare, attraverso momenti caratterizzati da diversi “livelli di formalità” (riunioni formali, incontri, negoziazioni), l’integrazione tra individui collocati ai medesimi o a differenti livelli organizzativi e gerarchici, che in precedenza non avevano frequenti opportunità di contatto e di confronto. Altri autori^{28,29} hanno tuttavia sottolineato la necessità di effettuare ulteriori studi in materia, indicando come i precedenti non riescano a spiegare in maniera completa il meccanismo di transizione dei “benefici” connessi al budget dal piano dell’individuo a quello dell’organizzazione.

Magner, Welker e Campbell³⁰ hanno provato a dare risposta a tale quesito, focalizzandosi su come la partecipazione dei singoli individui al processo di budgeting possa portare a benefici organizzativi, come un più alto livello di fiducia verso l'organizzazione e un maggiore senso di compartecipazione agli obiettivi dell'azienda. In sostanza, essi hanno sostenuto che i meccanismi di partecipazione previsti dal budget, prevedendo il confronto diretto degli operatori con i propri superiori e dando ai dipendenti un'opportunità di *voice* e un'influenza sulla definizione degli obiettivi, rendono il budget un valido strumento di confronto e crescita organizzativa.

Nel 2005, Marginson e Ogden³¹ hanno effettuato un'analisi ancor più approfondita relativa all'impatto del processo di budget su individui e organizzazione, sottolineando alcuni concetti fondamentali:

- ▶ la performance individuale è connessa in maniera inversamente proporzionale all'ambiguità del proprio ruolo all'interno dell'organizzazione;
- ▶ livelli troppo elevati di empowerment in assenza di obiettivi organizzativi ben definiti conducono a maggiori livelli di ambiguità del proprio ruolo;
- ▶ chi vive quotidianamente incertezze connesse alla definizione del proprio ruolo organizzativo, tendenzialmente risponde in modo positivo alla definizione di obiettivi di budget, in quanto questi danno maggiore certezza in relazione ai propri ambiti di attività;
- ▶ maggiore è l'inclusione e la partecipazione delle persone nella definizione degli obiettivi di budget, maggiore è la condivisione del budget stesso.
- ▶ il livello di condivisione degli obiettivi di budget da parte delle persone è connesso in maniera direttamente proporzionale alla performance individuale.

Nel 2008, Hall³² ha effettuato un'analisi analoga a quella di Marginson e Ogden, anche se estesa dal processo di budgeting al campo ben più vasto dei sistemi di misurazione delle performance (Performance Measurement Systems, PMS), ed ha nuovamente sottolineato la rilevanza dell'impatto psicologico di un ruolo organizzativo chiaro (definito con il processo di budget) sulla performance dell'individuo e dell'organizzazione.

Appare, dunque, evidente come lo sforzo organizzativo compiuto da un'azienda per realizzare un processo di budgeting realmente “aperto” ed “inclusivo” nei confronti dei propri dipendenti, ovvero strutturato in momenti informali e formali di negoziazione e discussione, costituisca la variabile fondamentale da cui dipende l'effettiva capacità del

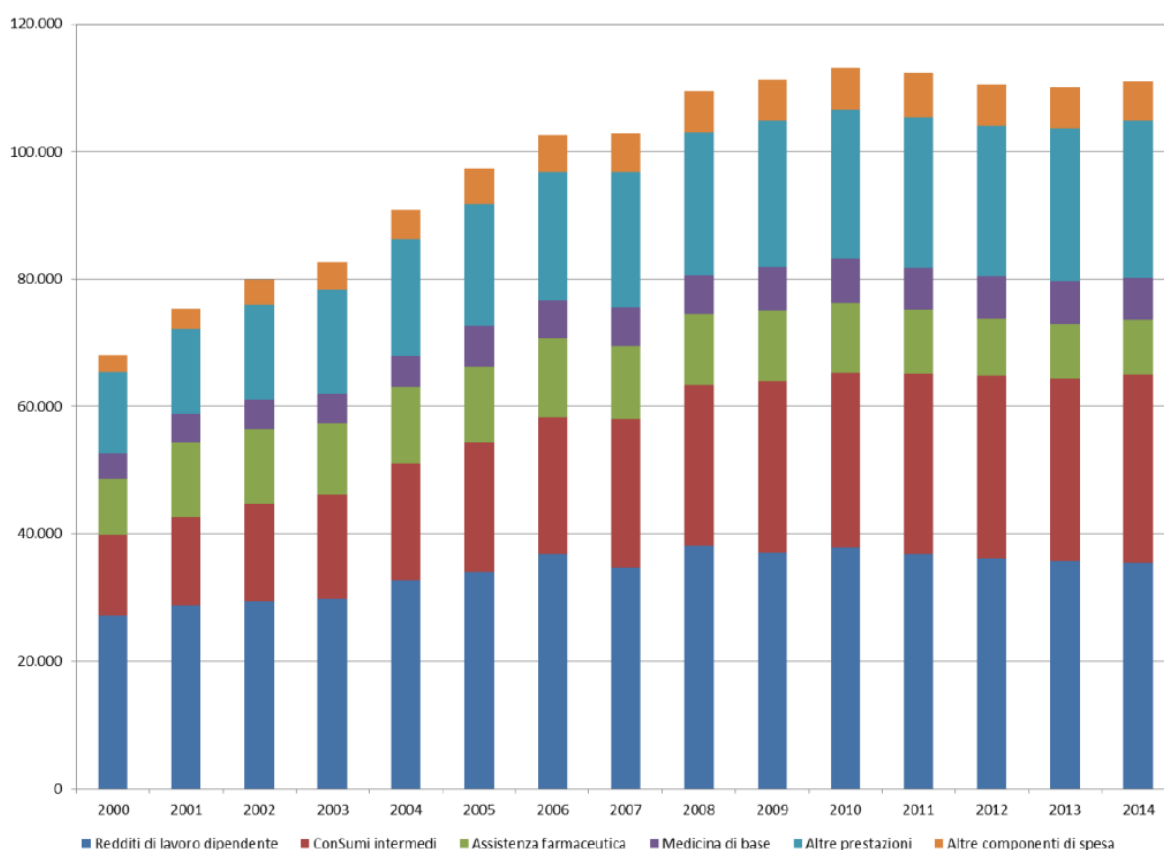
budget di “motivare” gli operatori ed influenzarne in maniera positiva le performance nell’organizzazione.

Il coinvolgimento, la collaborazione, l’impegno degli operatori nell’applicare le direttive aziendali e la loro responsabilizzazione rispetto ad obiettivi di tipo non prettamente economico, ma legati piuttosto all’appropriatezza e all’efficacia delle attività svolte, costituiscono a loro volta elementi indispensabili per garantire il miglioramento continuo della qualità dell’assistenza erogata agli utenti.

1.3 IL CONTESTO NORMATIVO E PROGRAMMATARIO NAZIONALE, REGIONALE E AZIENDALE

L'attuale contesto di riferimento per la definizione dei piani aziendali è caratterizzato da una spiccata tendenza alla contrazione delle risorse messe a disposizione del sistema sanitario. Tale tendenza è dettata dalle norme e dalle disposizioni regolamentari emanate negli ultimi anni in sanità sia per effetto del processo devolutivo e del decentramento di funzioni innescato dalla riforma federalista, sia per il continuo andamento in crescita della spesa sanitaria registrato nel periodo 2000-2010 (*figura 3*), che ha inciso negativamente sulle politiche di equilibrio della finanza pubblica.

Figura 3. Spesa sanitaria corrente - Anni 2000-2014 (Valori in milioni di euro)



Fonte: Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. MEF. Settembre 2015.

In particolare, l'emanazione del Decreto Legge n. 95 del 6 luglio 2012³³ sulla cosiddetta *spending review* e i provvedimenti regionali conseguentemente adottati a cascata, hanno

introdotto restrizioni sui limiti di costo previsti per specifiche voci, unitamente ad una riduzione degli stanziamenti complessivi nel bilancio dello Stato.

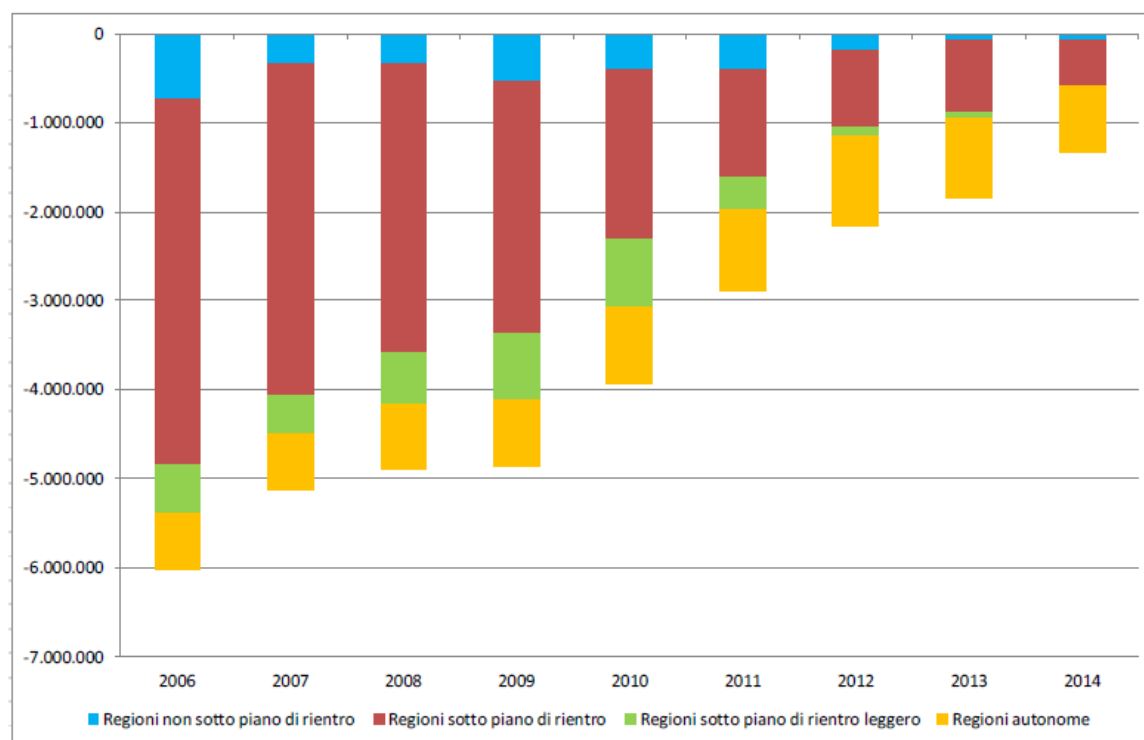
La legge di stabilità 2013³⁴ ha confermato la riduzione della dotazione finanziaria destinata al sistema sanitario e ha rimarcato la necessità di una riduzione di almeno il 10% della spesa sostenuta dalle Regioni per beni e servizi mediante l'adozione, da parte delle stesse, di misure in grado di assicurare il raggiungimento di tale obiettivo economico-finanziario (art. 1 c. 131).

Pur non essendovi un ribaltamento diretto di queste riduzioni sulle singole Aziende Sanitarie, i citati provvedimenti hanno consolidato il quadro di notevole contrazione delle risorse finanziarie delineatosi negli ultimi anni in ambito sanitario, specie in relazione all'aumento dei bisogni espressi dalla popolazione e all'importante trend inflazionistico registrato in tutto il Paese.

Alle limitate dotazioni finanziarie dei Servizi Sanitari Regionali, si sono associati gli ulteriori vincoli imposti all'equilibrio di cassa dal D.Lgs n.192 del 9 novembre 2012³⁵ a causa del progressivo allungamento dei tempi di pagamento verso i fornitori, determinato dalle perdite di esercizio non ripianate delle Aziende Sanitarie. Tale Decreto, in recepimento integrale della Direttiva 2011/7/UE sulla lotta ai ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali, ha introdotto disposizioni stringenti e fortemente penalizzanti in caso di mancata effettuazione di pagamenti puntuali da parte delle Aziende Sanitarie, imponendo indirettamente alle stesse l'assoluta necessità di perseguire i più elevati livelli di efficienza.

In considerazione della contrazione delle risorse a disposizione del sistema sanitario e del simultaneo incremento dei bisogni assistenziali espressi dai cittadini, in molti documenti è stato rimarcato il bisogno, già espresso nel Piano Sanitario Nazionale 2011-2013³⁶, di adottare un sistema di *governance* multilivello (nazionale, regionale ed aziendale) in grado di assicurare, seppure in un contesto altamente dinamico, un costante equilibrio tra il sistema delle prestazioni e quello dei finanziamenti mediante l'attuazione di interventi capaci di garantire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni erogate, in un quadro di sostenibilità globale.

L'implementazione di questo sistema di *governance* in ambito sanitario ha condotto a risultati ben visibili analizzando la dinamica della spesa registrata a livello regionale nel periodo 2011-2014 (*figura 4*).

Figura 4. Disavanzi regionali - Anni 2006-2014 (Valori in migliaia di euro)

Fonte: Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. MEF. Settembre 2015.

In quest’ottica di *governance* multilivello, nel maggio 2011, in Campania è stato approvato il Piano Sanitario Regionale relativo al triennio 2011-2013³⁷, al cui interno è stato sottolineato il concetto di regione come “holding” di coordinamento forte e di indirizzo per la definizione degli obiettivi gestionali e di performance da perseguire nel lungo periodo, e sono stati ribaditi gli obiettivi di riqualificazione della rete assistenziale regionale già definiti nel DCA n. 49 del 27 luglio 2010³⁸, rappresentati da un lato dalla riqualificazione dell’assistenza ospedaliera e dal perseguimento dell’appropriatezza dei ricoveri (nella fase di acuzie, riabilitazione e lungodegenza), dall’altro dalla promozione del territorio quale sede primaria di assistenza e di governo dei percorsi per la prevenzione e la gestione delle patologie a bassa complessità e/o a lungo decorso.

Nel Piano Sanitario Regionale sono stati, inoltre, inseriti specifici riferimenti per la formulazione delle direttive aziendali, in una logica di coerenza con la pianificazione strategica regionale, di attenzione alla recente normativa nazionale (compresa quella non ancora tradotta in provvedimenti attuativi di livello regionale) e di interesse prioritario sia verso il mantenimento dei livelli di *performance* già positivamente conseguiti sia verso la risoluzione delle criticità ancora presenti rispetto ai livelli di *performance* attesi.

Relativamente all'Azienda Ospedaliera dei Colli, costituita in data 1° Gennaio 2011 in attuazione del Decreto Commissariale n. 70 del 2 dicembre 2010³⁹, la programmazione regionale ha definito gli obiettivi di performance da raggiungere nel triennio 2012-2014 in funzione della differente *vocation* assistenziale delle tre strutture confluite al suo interno: l'Azienda Ospedaliera "V. Monaldi", ad indirizzo pneumo-cardiovascolare, l'Azienda Ospedaliera "D. Cotugno", ad indirizzo infettivologico ed epatologico, ed il Presidio Ospedaliero CTO, ad indirizzo orto-neuro-riabilitativo.

In recepimento delle direttive regionali, la *mission* e la *vision* dell'Azienda sono state orientate ad assicurare ai cittadini cure di alta specializzazione e di elevata qualità nel rispetto del principio di equità nell'accesso alle prestazioni.

Nel Piano Strategico relativo al triennio 2012-2014, la Direzione Aziendale ha, inoltre, individuato a cascata i seguenti obiettivi:

- ▶ fornire un'assistenza di alta specializzazione pienamente rispondente ai bisogni di salute espressi dagli utenti mediante:
 - la realizzazione di percorsi assistenziali per la presa in carico globale del paziente, dalla fase diagnostica a quella riabilitativa;
 - la razionalizzazione dei processi organizzativi, con eliminazione delle strozzature responsabili di ritardi nell'erogazione delle prestazioni ed abbattimento dei tempi di attesa per ricoveri e visite ambulatoriali;
 - l'adozione di strategie di gestione delle risorse umane capaci di responsabilizzare gli operatori, motivarli e migliorarne il senso di appartenenza all'Azienda.
- ▶ aumentare il livello di sicurezza delle cure, mediante:
 - l'attivazione di un efficace sistema di gestione del rischio clinico;
 - l'applicazione sistematica di procedure di Health Technology Assessment.
- ▶ potenziare le funzioni relative all'emergenza assegnate all'Azienda dal DCA 49/2010 in ambito cardiologico, neurologico ed infettivologico;
- ▶ incrementare i livelli di produttività e di efficienza dei processi assistenziali mediante:
 - l'utilizzo razionale delle risorse strutturali, umane e tecnologiche;
 - l'erogazione di prestazioni appropriate dal punto di vista clinico e organizzativo;
 - la realizzazione di un efficace controllo di gestione, basato sull'uso sistematico degli strumenti di budgeting e di reporting.

Nel corso del triennio 2012-2014, per effetto delle azioni di accorpamento aziendale poste in essere in applicazione degli indirizzi regionali e del disegno strategico individuato dall'Atto Aziendale, si è andato configurando in modo graduale l'assetto strutturale definitivo delle unità assistenziali.

Attualmente l'Azienda Ospedaliera dei Colli risulta articolata in otto dipartimenti strutturali e due funzionali, preposti a garantire la qualità dei percorsi diagnostico-terapeutici, rispondendo ad esigenze di appropriatezza clinico-assistenziale, razionalità organizzativo-operativa e crescita continua sotto il profilo scientifico.

In *tabella 1* si riporta l'elenco completo delle strutture dipartimentali presenti in Azienda con la relativa dotazione di posti letto attivi (tratta da flusso HSP22 bis).

Tabella 1. Organizzazione dipartimentale dell'Azienda Ospedaliera dei Colli

DIPARTIMENTI STRUTTURALI	POSTI LETTO ATTIVI
Dipartimento di Pneumologia e Oncologia	92
Dipartimento Medico e Cardiologico	116
Dipartimento di Chirurgia Cardiovascolare e dei Trapianti	79
Dipartimento di Area Critica	62
Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialistica	118
Dipartimento di Malattie infettive e delle urgenze infettivologiche	219
Dipartimento Orto-Neuro-Motorio	97
Dipartimento dei Servizi Diagnostici	***
DIPARTIMENTI FUNZIONALI	
Dipartimento infettiv. per l'insufficienza epatica e le malattie del fegato in fase critica	
Dipartimento delle malattie dell'immigrato e AIDS/HIV	

Durante il triennio successivo alla costituzione dell'Azienda sono stati, inoltre, introdotti molteplici strumenti di programmazione e controllo delle attività assistenziali. In particolare, è stato dato il via ad una nuova metodologia di budgeting che ha previsto la traduzione degli obiettivi strategici aziendali in obiettivi di breve periodo per i singoli

Centri di Responsabilità. Tali obiettivi sono stati individuati in modo da risultare strettamente correlati alla tipologia di attività svolte dai CdR e, in particolare, agli aspetti delle attività assistenziali a maggior grado di inappropriatezza.

CAPITOLO 2 - IL PROGETTO DI RICERCA

**L'IMPLEMENTAZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI E
L'INTRODUZIONE DI UNA NUOVA METODOLOGIA DI BUDGETING
QUALI STRUMENTI PER MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA DELLE
ATTIVITÀ CHIRURGICHE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI**

2. AREA DI INTERVENTO E CONTESTO OPERATIVO

L'Azienda Ospedaliera dei Colli di Napoli possiede due blocchi operatori centralizzati, ubicati presso gli Ospedali Monaldi e CTO, all'interno dei quali viene svolta la quasi totalità delle attività chirurgiche aziendali.

Da un punto di vista strutturale, il blocco operatorio dell'Ospedale Monaldi costituisce un'area ad elevata complessità, unica nel suo genere, progettata in modo da garantire la gestione ottimale del percorso peri-operatorio dei pazienti candidati ad interventi di elezione e dei degenti sottoposti, per aggravamento improvviso dello stato clinico, a procedure chirurgiche d'urgenza.

L'attività clinica viene svolta utilizzando 15 sale operatorie polifunzionali e 5 letti emodinamici, di cui 2 pediatrici. Tutte le sale sono dotate di moderne e sofisticate strumentazioni, che consentono di eseguire procedure di alta complessità, tra cui interventi di chirurgia robotica, garantendo la piena sicurezza dei pazienti e degli operatori.

Il complesso operatorio rappresenta, inoltre, la prima struttura in Italia e la seconda in Europa a disporre ed utilizzare a pieno regime sale di tipo multimediale. Una simile tecnologia, infatti, pur migliorando in modo significativo la qualità dell'atto chirurgico, è presente ad oggi solo in poche altre realtà sanitarie in cui, per altro, il suo utilizzo risulta di tipo esclusivamente saltuario e sperimentale.

Nel complesso chirurgico sono eseguiti sia interventi laparoscopici che a cielo aperto; inoltre vengono assicurati ai pazienti tutti i tipi di monitoraggio anestesilogico:

- ▶ il monitoraggio emodinamico (invasivo e non invasivo);
- ▶ il monitoraggio respiratorio;
- ▶ il monitoraggio della profondità anestesilogica;
- ▶ il monitoraggio del blocco neuromuscolare;
- ▶ il monitoraggio del dolore intra-operatorio.

Le Unità Operative che utilizzano il complesso operatorio, elencate in *tabella 2*, sono sei ed afferiscono a due distinti Dipartimenti strutturali: il Dipartimento di Chirurgia Cardiovascolare e dei Trapianti e il Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialistica¹.

¹ Presso l'Ospedale Monaldi sono ubicate altre tre Unità Operative chirurgiche, ovvero le UU.OO. di Cardiochirurgia adulti e pediatrica e la UOSD Chirurgia dei trapianti cardiaci, che utilizzano sale operatorie dedicate, attigue alle relative Terapie Intensive Post-Operatorie.

TAB. 2 - UU.OO. AFFERENTI AL BLOCCO OPERATORIO DELL'OSPEDALE MONALDI**Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialistica**

- ▶ UOC Chirurgia Generale (Monaldi, codice ISTAT 0911)
- ▶ UOC Chirurgia Toracica
- ▶ UOC Otorinolaringoiatria
- ▶ UOC Oculistica
- ▶ UOC Urologia

Dipartimento di Chirurgia Cardiovascolare e dei Trapianti

- ▶ UOC Chirurgia Vascolare

Di esse, utilizzano la tecnologia multimediale le branche di:

- ▶ Chirurgia Generale;
- ▶ Chirurgia Toracica;
- ▶ Otorinolaringoiatria;
- ▶ Urologia.

Nel corso del 2012, anno di inizio del progetto, presso le Unità Operative afferenti al blocco operatorio dell'Ospedale Monaldi sono stati effettuati complessivamente 4.387 ricoveri ordinari, con una degenza media di circa 6 giorni e un peso medio della casistica pari ad 1,27, e 3.190 ricoveri di Day Surgery, con un peso medio di 0,73 e un indice di occupazione dei posti letto pari al 79,4%. I dati di attività relativi alle singole Unità Operative afferenti al complesso operatorio sono riportati nelle *tabelle 3 e 4*.

TABELLA 3 - RICOVERI ORDINARI ANNO 2012

Unità Operativa	Dimessi	Degenza media	Peso medio	Posti letto	Indice di rotazione	Indice di occupazione
UOC Chirurgia Generale	1.276	7,41	1,35	27	47	95,99%
UOC Chirurgia Toracica	468	12,21	1,98	20	23	78,27%
UOC Otorinolaringoiatria	1.163	3,64	0,99	15	78	77,41%
UOC Oculistica	227	1,74	0,54	4	57	27,12%
UOC Urologia	873	4,34	1,01	15	58	69,19%
UOC Chirurgia Vascolare	380	8,16	2,03	10	38	84,96%
Totale	4.387	6,08	1,27	91	48	83,1%

TABELLA 4 - DAY SURGERY ANNO 2012

Unità Operativa	Dimessi	Accessi	Peso medio	Posti letto	Indice di occupazione
UOC Chir. Generale (0911)	762	1.360	0,77	2	104,38%
UOC Chirurgia Toracica	73	98	0,95	1	20,00%
UOC Otorinolaringoiatria	385	399	0,91	1	105,48%
UOC Oculistica	1.794	2.547	0,64	5	98,30%
UOC Urologia	89	98	0,83	1	24,38%
UOC Chirurgia Vascolare	87	257	1,17	1	23,84%
Totale	3.190	4.759	0,73	11	79,45%

In *tabella 5* vengono riportati, per singola Unità Operativa, due importanti indicatori di appropriatezza delle attività chirurgiche, ovvero la percentuale di dimessi con DRG di tipo medico sul totale dei dimessi ordinari e la degenza media pre-operatoria dei pazienti sottoposti ad interventi chirurgici in elezione. Entrambi gli indicatori sono riferiti all'anno 2012 e vengono raffrontati con i relativi benchmark nazionali e regionali.

TABELLA 5 - % DRG MEDICI E DEGENZA MEDIA PRE-OPERATORIA ANNO 2012

Unità Operativa	% DRG medici da reparti chirurgici	Degenza media pre-operatoria per interventi programmati
UOC Chir. Generale (0911)	14,7%	3,23
UOC Chirurgia Toracica	24,6%	6,56
UOC Otorinolaringoiatria	14,4%	1,38
UOC Oculistica	29,5%	1,30
UOC Urologia	24,6%	1,38
UOC Chirurgia Vascolare	17,4%	1,70
Valore medio Campania	44,58%	1,73
Valore medio Italia	27,61%	1,38

Relativamente al blocco operatorio dell'Ospedale CTO, l'attività chirurgica viene svolta utilizzando 4 sale operatorie polifunzionali, dotate di sofisticate apparecchiature biomedicali (tra cui un moderno sistema di video laparoscopia HD), che permettono di eseguire procedure di notevole complessità assicurando ai pazienti le seguenti tipologie di monitoraggio anestesilogico:

- ▶ monitoraggio emodinamico non invasivo;
- ▶ monitoraggio respiratorio;
- ▶ monitoraggio del blocco neuromuscolare;
- ▶ monitoraggio del dolore intra-operatorio.

In una delle quattro sale operatorie viene, inoltre, effettuato il monitoraggio della profondità anestesilogica.

Le Unità Operative che utilizzano il complesso operatorio, elencate in *tabella 6*, sono 4 ed afferiscono a due distinti Dipartimenti strutturali:

- ▶ il Dipartimento Orto-Neuro-Motorio;
- ▶ il Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialistica².

**TABELLA 6 - UNITÀ OPERATIVE AFFERENTI AL BLOCCO OPERATORIO
DELL'OSPEDALE CTO**

Dipartimento Orto-Neuro-Motorio

- ▶ UOC Ortopedia ad indirizzo artroscopico (codice ISTAT 3631)
 - ▶ UOC Ortopedia per la cura delle patologie degenerative (codice ISTAT 3632)
 - ▶ UOC Ortopedia ad indirizzo rigenerativo (codice ISTAT 3633)³
-

Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialistica

- ▶ Chirurgia Generale (CTO, codice ISTAT 0931)
-

² Secondo quanto previsto dall'Atto Aziendale, la UOC Chirurgia Generale e la UOC Ortopedia ad indirizzo rigenerativo sono state trasferite presso l'Ospedale CTO nel 2013, essendo in precedenza ubicate rispettivamente presso gli Ospedali Cotugno e Monaldi.

³ La denominazione attribuita alle tre UU.OO. di Ortopedia, originariamente denominate "UOC I Ortopedia e traumatologia", "UOC II Ortopedia e traumatologia" e "UOC III Ortopedia e traumatologia", è stata modificata nel corso del 2015 tenendo conto delle prescrizioni regionali al nuovo Atto Aziendale, approvato nel marzo 2016. Nello specifico, con DCA 107/2014, è stato specificato che, laddove sono programmate più Unità Operative della stessa disciplina, deve essere evidente, anche nella denominazione, la diversa caratterizzazione e vocazione di ciascuna di esse, sulla base delle specifiche attività svolte.

Complessivamente, nel corso del 2012, presso le Unità Operative che ad oggi afferiscono al blocco operatorio dell'Ospedale CTO sono stati effettuati 1.152 ricoveri ordinari, con una degenza media di circa 11 giorni ed un peso medio della casistica pari ad 1,31, e 663 ricoveri di Day Surgery, con un peso medio di 1,10 ed un indice di occupazione dei posti letto pari al 36,33%. I dati di attività relativi alle singole Unità Operative afferenti al blocco operatorio sono riportati nelle *tabelle 7 e 8*.

TABELLA 7 - RICOVERI ORDINARI ANNO 2012

Unità Operativa	Dimessi	Degenza media	Peso medio	Posti letto	Indice di rotazione	Indice di occupazione
UOC I Ortopedia (3631)	301	9,43	1,25	5	60	155,45%
UOC II Ortopedia (3632)	361	10,58	1,34	21	17	49,84%
UOC III Ortopedia (3633)	245	14,24	1,46	14	18	68,26%
UOC Chir. Generale CTO	245	9,76	1,18	27	9	24,27%
Totale	1.152	10,88	1,31	67	17	51,27%

TABELLA 8 - DAY SURGERY ANNO 2012

Unità Operativa	Dimessi	Accessi	Peso medio	Posti letto	Indice di occupazione
UOC I Ortopedia (3631)	200	785	0,92	1	54,79%
UOC II Ortopedia (3632)	115	434	0,91	1	31,51%
UOC III Ortopedia (3633)	208	668	1,44	1	56,99%
UOC Chirurgia Generale CTO	140	435	0,81	2	19,18%
Totale	663	2.322	1,10	5	36,33%

In *tabella 9* si riportano, per singola Unità Operativa, la percentuale di dimessi ordinari con DRG di tipo medico e la degenza media pre-operatoria dei ricoveri programmati. Entrambi gli indicatori sono riferiti all'anno 2012 e vengono raffrontati con i relativi benchmark nazionali e regionali.

TABELLA 9 - % DRG MEDICI E DEGENZA MEDIA PRE-OPERATORIA ANNO 2012

Unità Operativa	% DRG medici da reparti chirurgici	Degenza media pre-operatoria per interventi programmati
UOC I Ortopedia (3631)	15,0%	3,52
UOC II Ortopedia (3632)	19,1%	4,23
UOC III Ortopedia (3633)	35,1%	6,35
UOC Chirurgia Generale CTO	43,7%	3,23
Valore medio Campania	44,58%	1,73
Valore medio Italia	27,61%	1,38

Nelle *tabelle 10, 11 e 12* sono riportati, ancora una volta per singola Unità Operativa, tre importanti indicatori di appropriatezza relativi alle attività chirurgiche di tipo ortopedico e nello specifico:

- ▶ la percentuale di fratture di femore operate entro 2 giorni dal ricovero;
- ▶ il tempo di attesa per impianto di protesi di anca o di ginocchio;
- ▶ la percentuale di pazienti sottoposti ad artroprotesi d'anca o di ginocchio con una degenza post-operatoria inferiore o uguale a 7 giorni.

Tali indicatori, già utilizzati nell'ambito del progetto SIVEAS⁴⁰ (Sistema di Valutazione della Performance della Sanità Italiana) per valutare la qualità dell'assistenza erogata dalle strutture sanitarie presenti sul territorio nazionale, sono stati recentemente ripresi dal Ministero della Salute nel Programma Nazionale Esiti⁴¹.

TAB. 10 - % FRATTURE DI FEMORE OPERATE ENTRO 2 GIORNI - ANNO 2012

Unità Operativa	N. pz operati per frattura di femore	N. pz operati per frattura di femore entro 2 giorni	Degenza media pre-operatoria	% fratture di femore operate entro 2 giorni
UOC I Ortopedia (3631)	40	2	12,36	5,0%
UOC II Ortopedia (3632)	0	0	0,00	0,0%
UOC III Ortopedia (3633)	20	4	9,00	20,0%
Valore medio Campania	16,84%			
Valore medio Italia	35,89%			

TABELLA 11 - INTERVENTI PER IMPIANTO DI PROTESI DI ANCA - ANNO 2012

Unità Operativa	N. protesi impiantate	Tempo di attesa \leq 60 giorni	Degenza media pre-operatoria	% pazienti con degenza post-operatoria \leq 7 giorni	% pazienti trasferiti in riabilitazione in continuità assistenziale
UOC I Ortopedia (3631)	35	9%	5,5	66%	27%
UOC II Ortopedia (3632)	56	4%	7,4	25%	18%
UOC III Ortopedia (3633)	76	100%	8,8	59%	14%
Totale	167	49%	7,6	49%	18%

**TABELLA 12 - INTERVENTI PER IMPIANTO DI PROTESI DI GINOCCHIO
ANNO 2012**

Unità Operativa	N. protesi impiantate	Tempo di attesa \leq 60 giorni	Degenza media pre-operatoria	% pazienti con degenza post-operatoria \leq 7 giorni	% pazienti trasferiti in riabilitazione in continuità assistenziale
UOC I Ortopedia (3631)	16	31%	3,7	13%	22%
UOC II Ortopedia (3632)	50	48%	3,8	20%	60%
UOC III Ortopedia (3633)	16	100%	8,7	62%	27%
Totale	82	55%	4,7	27%	46%

3. OBIETTIVI DEL PROGETTO

Obiettivo generale

Obiettivo generale del progetto è migliorare il grado di appropriatezza dei ricoveri chirurgici effettuati dalle Unità Operative dell'Azienda Ospedaliera dei Colli afferenti ai blocchi operatori centralizzati degli Ospedali Monaldi e CTO.

Obiettivi specifici

Gli obiettivi specifici del progetto sono rappresentati da:

- ▶ riduzione del numero di ricoveri chirurgici inappropriati in regime ordinario, mediante trasferimento degli stessi in regime di Day Surgery;
- ▶ riduzione della degenza media dei ricoveri ordinari chirurgici;
- ▶ incremento del peso medio dei ricoveri ordinari chirurgici;
- ▶ riduzione della degenza media pre-operatoria per gli interventi chirurgici programmati;
- ▶ riduzione della percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici;
- ▶ aumento della percentuale di pazienti operati per frattura di femore entro 2 giorni dal ricovero;
- ▶ aumento della percentuale di pazienti sottoposti ad artroprotesi di anca o di ginocchio con un tempo di attesa per il ricovero inferiore o uguale a 60 giorni;
- ▶ aumento della percentuale di pazienti sottoposti ad artroprotesi di anca o di ginocchio con degenza post-operatoria inferiore o uguale a 7 giorni;
- ▶ aumento della percentuale di pazienti sottoposti ad artroprotesi di anca o di ginocchio trasferiti in riabilitazione in continuità assistenziale.

4. METODOLOGIA OPERATIVA

Fissato l'obiettivo generale del progetto, sono stati definiti la metodologia operativa e il cronoprogramma da rispettare per consentirne la realizzazione in un intervallo temporale della durata di tre anni.

Sotto il profilo metodologico, sono state definite azioni atte a migliorare l'appropriatezza delle attività chirurgiche aziendali e, contemporaneamente, è stato ricercato ed introdotto nel contesto operativo di interesse uno strumento che favorisse l'adozione e l'applicazione delle stesse. Nello specifico, le azioni poste in essere per migliorare l'appropriatezza delle attività chirurgiche aziendali sono state:

- ▶ l'identificazione dei diversi tipi di percorsi di ricovero chirurgico attivi in Azienda;
- ▶ lo studio analitico dei percorsi individuati, ovvero la scomposizione delle singole tipologie di percorso nelle relative fasi costitutive;
- ▶ l'identificazione, per singola fase operativa, delle criticità relative all'appropriatezza del percorso;
- ▶ la correzione delle criticità individuate mediante la definizione di nuovi percorsi organizzativo-gestionali o la revisione di quelli già attivi in Azienda.

Lo strumento adottato quale volano per promuovere l'applicazione a livello aziendale di tali percorsi è consistito nell'implementazione della metodologia di budgeting già avviata in via sperimentale presso l'Azienda Ospedaliera dei Colli nel corso del 2012. In particolare, durante il triennio 2013-2015, nell'assegnazione degli obiettivi di budget alle singole Unità Operative di ricovero, è stato dato sempre maggiore rilievo ad obiettivi qualitativi di efficacia ed efficienza (individuati anche come obiettivi specifici dei percorsi assistenziali) rispetto a obiettivi di tipo quantitativo. In tal modo, si è cercato di fornire un maggiore supporto alle attività di governo dell'organizzazione, garantendo non solo la corretta gestione economico-finanziaria dell'Azienda, ma anche l'appropriatezza clinico-organizzativa delle prestazioni erogate.

Si illustrano di seguito le modalità di realizzazione di ciascuna delle attività sopra descritte, specificando per singola attività:

- ▶ le strutture aziendali coinvolte;
- ▶ i tempi di attuazione;
- ▶ i risultati raggiunti.

4.1 AZIONI VOLTE AL MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA DELL'ATTIVITÀ CHIRURGICA AZIENDALE

Identificazione dei diversi percorsi di ricovero chirurgici attivi in Azienda

I diversi tipi di percorsi di ricovero chirurgico attivi presso l'Azienda Ospedaliera dei Colli sono stati identificati attraverso un'analisi dell'attività di ricovero svolta nel corso del 2012, in regime ordinario e diurno, presso le Unità Operative afferenti ai blocchi operatori centralizzati degli Ospedali Monaldi e CTO. A tal fine, nel mese di febbraio 2013, i dati di interesse sono stati estrapolati dal database SDO aziendale, mediante l'utilizzo del sistema operativo di analisi Quany SDO della ditta BIM Italia.

L'analisi effettuata ha evidenziato che l'attività chirurgica in oggetto era svolta per:

- ▶ il 15% in regime di ricovero ordinario preceduto da pre-ospedalizzazione;
- ▶ il 65% in regime di ricovero ordinario non preceduto da pre-ospedalizzazione;
- ▶ il 20% in regime di Day Surgery.

Scomposizione dei percorsi individuati nelle relative fasi costitutive

L'analisi delle diverse tipologie di percorso chirurgico individuate ha evidenziato che tutti i percorsi prevedevano le seguenti fasi:

- ▶ inserimento del paziente in lista di attesa;
- ▶ gestione della lista di attesa;
- ▶ gestione del ricovero.

La fase di gestione del ricovero risultava, a sua volta, comprensiva delle attività di:

- ▶ gestione del paziente nella fase pre-operatoria;
- ▶ gestione delle sedute operatorie;
- ▶ gestione della fase post-operatoria.

Identificazione delle criticità relative all'appropriatezza dei percorsi

Criticità relative alla fase di “inserimento in lista di attesa”

L'analisi dei percorsi chirurgici ha evidenziato modalità di inserimento in lista di attesa non sempre conformi a quanto previsto dalla normativa vigente⁴²⁻⁴⁵. Nello specifico, è stato rilevato che:

- ▶ presso alcune delle Unità Operative in esame, l'inserimento dei pazienti in lista di attesa veniva effettuato sulla base di elenchi consegnati al CUP direttamente dai medici;
- ▶ le prenotazioni effettuate con questa modalità non erano accompagnate dalla proposta di ricovero del medico curante;
- ▶ i numeri di telefono indicati sugli elenchi consegnati al CUP erano spesso errati;
- ▶ nel 30% dei casi, per i pazienti inseriti nelle liste di attesa di Day Surgery, non era stata preventivamente valutata la presenza o meno di criteri di esclusione al ricovero (assoluti e logistici);
- ▶ non si disponeva di un programma informatizzato di liste di attesa per l'attività di ricovero.

Criticità relative alla fase di “gestione delle liste di attesa”

Una corretta gestione delle liste di attesa richiede la coesistenza di due condizioni:

- ▶ la quantità di utenti in lista deve essere controllata e costantemente rapportata ai volumi di attività dei servizi;
- ▶ la velocità di accesso alle prestazioni deve essere funzionale al tipo di patologia da trattare e alle specifiche caratteristiche cliniche dei pazienti.

Relativamente al primo aspetto, è necessario che siano sistematicamente svolte le seguenti attività: la regolare “pulizia” delle liste di attesa e l'analisi periodica del rapporto tra i volumi di attività dei servizi e il numero di utenti presenti in lista.

Relativamente al secondo aspetto, è necessario che i bisogni assistenziali degli utenti siano qualificati introducendo il concetto di “priorità” in aggiunta a quelli di “severità” ed “urgenza”. La priorità deve essere intesa come un'ulteriore precisazione del concetto di appropriatezza. Se, infatti, quest'ultimo fa riferimento solo all'uso di un intervento di riconosciuta efficacia clinica in un utente che ne possa beneficiare, con la definizione di grado di priorità si entra direttamente nel merito del “grado di tempestività” necessario affinché l'erogazione dell'intervento in questione produca gli esiti clinici desiderati.

In merito alla pulizia delle liste di attesa, la normativa⁴²⁻⁴⁵ indica chiaramente che è obbligatoria la revisione periodica delle liste, ovvero una “sistematica operazione di pulitura” delle stesse, effettuata contattando telefonicamente il paziente qualche giorno prima della prestazione programmata per chiedere conferma della prenotazione.

La norma, tuttavia, non precisa:

- ▶ il sistema di conferma della prenotazione da utilizzare;
- ▶ il numero di giorni prima della data della prestazione utili per chiedere conferma della prenotazione;
- ▶ dopo quante rinunce è possibile procedere alla cancellazione dell'utente dalla lista.

Relativamente al concetto di priorità, si legge che le liste di attesa per le attività di ricovero devono essere composte tenendo conto della classe di priorità cui appartiene il paziente da iscrivere e che i pazienti con uguale livello di priorità devono essere trattati secondo l'ordine cronologico di prenotazione (giorno ed ora di registrazione nel sistema). Naturalmente sono escluse dall'applicazione dei criteri di priorità le prestazioni ad accesso diretto, con o senza impegnativa.

Per verificare l'ottemperanza a quanto prescritto dalla normativa vigente, è stata effettuata un'attenta analisi della fase di "gestione delle liste di attesa". Tale analisi ha evidenziato le seguenti criticità:

- ▶ le liste di attesa per le attività di ricovero erano cartacee;
- ▶ nel 90% dei casi non veniva effettuata alcuna pulizia delle liste adducendo quali motivazioni la carenza di personale e la mancanza di procedure chiare in merito;
- ▶ nel 30% dei casi venivano superati i tempi massimi di attesa previsti per il ricovero.

Criticità relative alla fase di "gestione del ricovero"

Per individuare eventuali criticità relative alle modalità di gestione dei ricoveri chirurgici sono state analizzate singolarmente le fasi di degenza pre-operatoria, intervento e degenza post-operatoria. A tale scopo, sono state utilizzate le seguenti fonti dati:

- il database SDO aziendale, disponibile presso l'Ufficio SDO dell'Ospedale Monaldi;
- i prospetti mensili di assegnazione delle sedute operatorie alle singole Unità Operative chirurgiche;
- i registri di sala operatoria.

L'analisi condotta ha evidenziato quanto segue:

- ▶ criticità relative alla gestione del paziente nella fase pre-operatoria:
 - 77% dei ricoveri chirurgici di elezione non erano preceduti da preospedalizzazione per mancanza di un percorso aziendale omogeneo;

- alcuni esami invasivi propedeutici all'intervento (es. cateterismo cardiaco, angio-TC, pleuroscopia) non erano eseguiti in fase di pre-ospedalizzazione, ma durante il ricovero, con allungamento della degenza pre-operatoria (vedi *tabelle 5 e 9*).
- ▶ criticità relative alla gestione delle sedute operatorie:
 - il 20% delle ore operatorie assegnate non veniva utilizzato a causa dell'attribuzione mensile delle sedute alle singole Unità Operative. Un simile meccanismo faceva sì che, se per problematiche sopraggiunte di qualsiasi genere (es. problemi legati all'equipe), un'Unità Operativa non riusciva a riempire completamente una seduta operatoria, questa non veniva riassegnata ad un'altra Unità Operativa.
- ▶ criticità relative alla gestione della fase post-operatoria:
 - in alcuni casi (es. gestione degli scompensi cardiaci post-chirurgici, riabilitazione successiva ad interventi orto-traumatologici) al paziente non veniva garantita continuità assistenziale in fase post-intervento, con allungamento della degenza post-operatoria presso l'Unità di ricovero chirurgica.

Correzione delle criticità individuate mediante ridefinizione dei percorsi organizzativo-gestionali

Per correggere le criticità emerse dall'analisi delle attività di ricovero chirurgico, si è provveduto ad effettuare una revisione dei percorsi organizzativo-gestionali già attivi in Azienda e, ove necessario, a definirne di nuovi. La metodologia utilizzata a tale scopo ha previsto le seguenti fasi operative:

- ▶ convocazione di un tavolo tecnico multidisciplinare per la stesura/ridefinizione del percorso;
- ▶ analisi delle criticità individuate;
- ▶ redazione del percorso sperimentale da parte del tavolo tecnico;
- ▶ invio del percorso ai Direttori/Responsabili delle Unità Operative coinvolte nella sua attuazione da parte della Direzione Sanitaria Aziendale;
- ▶ distribuzione del percorso da parte dei Direttori/Responsabili di Unità Operativa al personale medico e di comparto interessato;
- ▶ applicazione sperimentale del percorso;
- ▶ misurazione e analisi degli indicatori previsti per il monitoraggio del percorso da parte dello staff della Direzione Sanitaria Aziendale;

- ▶ validazione del percorso con atto formale, previa correzione delle eventuali criticità emerse nel periodo di applicazione sperimentale dello stesso.

Poiché le maggiori criticità evidenziate dall'analisi condotta erano rappresentate dalla mancanza di un programma informatizzato di liste di attesa per le attività di ricovero e da un limitato ricorso alla preospedalizzazione, si è deciso in prima istanza di estendere tale attività a tutti i ricoveri in elezione per cui quest'ultima risultasse appropriata e di procedere all'informatizzazione delle liste di attesa partendo da quelle di preospedalizzazione. Nel triennio 2013-2015, sono stati inoltre definiti numerosi percorsi e procedure, di seguito elencati, ai fini della risoluzione delle restanti criticità rilevate.

FASE DI INSERIMENTO IN LISTA DI ATTESA

- ▶ Regolamento Aziendale di Preospedalizzazione
- ▶ Procedura per l'apertura delle agende informatiche di preospedalizzazione
- ▶ Procedura per l'apertura dell'agenda informatica di Day Surgery della UOC Oculistica

FASE DI GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA

- ▶ Procedura aziendale per la pulizia delle liste di attesa
- ▶ Percorso per la riduzione dei tempi di attesa per i ricoveri in elezione dell'UOC Urologia

FASE PRE-OPERATORIA

- ▶ Percorso aziendale per l'esecuzione di esami pre-operatori in preospedalizzazione e DS
- ▶ Percorso aziendale per l'esecuzione di pleuroscopie a pazienti ricoverati
- ▶ Percorso aziendale per la presa in carico dei pazienti con frattura di femore che necessitano di chirurgia ortopedica e successiva riabilitazione trasferiti dai Presidi Ospedalieri della ASL Napoli 1 Centro all'Azienda Ospedaliera dei Colli

FASE DI GESTIONE DELLE SEDUTE OPERATORIE

- ▶ Percorso per la riduzione dei tempi di attesa per i ricoveri in elezione dell'UOC Urologia

FASE POST-OPERATORIA

- ▶ Percorso aziendale per la presa in carico dei pazienti che necessitano di chirurgia ortopedica programmata e successiva riabilitazione
- ▶ Percorso aziendale per la presa in carico riabilitativa dei pazienti con esiti di ictus, dal ricovero in fase acuta al rientro a domicilio
- ▶ Percorso aziendale per la presa in carico dei pazienti con patologie cardiovascolari dalla fase acuta a quella riabilitativa

4.2 IL PROCESSO DI BUDGETING REALIZZATO PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI

4.2.1 IL COMITATO DI BUDGET

Nel dicembre 2012, al fine di assegnare ai singoli dipartimenti aziendali obiettivi di breve periodo che contribuissero al miglioramento della qualità delle attività clinico-assistenziali e alla razionalizzazione dei processi organizzativo-gestionali, la Direzione Strategica ha costituito con atto formale un Comitato di budget, chiamato ad introdurre ed applicare in via sperimentale per l'anno 2013 una nuova metodologia di budgeting, fortemente aperta ed inclusiva nei confronti dei dipendenti ed in grado di responsabilizzarne i comportamenti rispetto ad obiettivi di efficacia, appropriatezza ed economicità delle prestazioni.

Nel dicembre 2013, al fine di implementare il processo di budgetizzazione realizzato l'anno precedente, la Direzione Strategica ha inserito nel Comitato nuove figure professionali in grado di fornire, in virtù delle loro competenze specifiche, un supporto operativo nelle diverse fasi di realizzazione del processo, ovvero:

- ▶ la fase di definizione degli obiettivi;
- ▶ la fase di negoziazione degli obiettivi con le singole Unità Operative aziendali;
- ▶ la fase di reporting e verifica dei risultati.

Per effetto di tale ampliamento, i componenti del Comitato sono diventati nove:

- ▶ il Direttore Generale;
- ▶ il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo Aziendale;
- ▶ il Direttore della UOC Programmazione Controllo e Valutazione;
- ▶ il Responsabile Aziendale Liste di Attesa;
- ▶ due Dirigenti Medici in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale, esperti in materia di flussi informativi, percorsi assistenziali ed analisi di indicatori clinico-gestionali;
- ▶ due consulenti esterni, esperti in materia di budgeting, appropriatezza assistenziale e gestione amministrativa d'azienda.

Al fine ottimizzare il processo di budgeting, nell'ambito del Comitato è stata effettuata una suddivisione interna dei compiti, in funzione delle competenze specifiche dei vari componenti, pur prevedendo molteplici momenti di condivisione e confronto.

Nello specifico, la definizione degli obiettivi sanitari da proporre in sede di negoziazione è stata affidata al Direttore Sanitario Aziendale e ai membri del suo staff, mentre la definizione degli obiettivi economico-gestionali è stata affidata al Direttore della UOC Programmazione, Controllo e Valutazione, che ha avuto anche il compito di interfacciarsi con la commissione esterna incaricata di verificare la regolarità del processo di budgeting. Ai due consulenti esterni è stato, invece, demandato il compito di coordinare le attività del Comitato ed effettuare una supervisione sullo stato di avanzamento del processo. Questi hanno, inoltre, provveduto a stabilire il cronoprogramma degli incontri di negoziazione con i Direttori dei vari Centri di Responsabilità aziendali.

4.2.2 BUDGETING RELATIVO ALL'ANNO 2013

Fase di definizione degli obiettivi

Nel bimestre gennaio-febbraio 2013, il Comitato di budget ha scomposto e declinato per singola Unità Operativa gli obiettivi aziendali contenuti nel Piano Strategico relativo al triennio 2012-2014, così da definire gli obiettivi di performance da proporre in sede di negoziazione. A tale scopo, il Comitato ha distinto le Unità Operative con attività di ricovero da quelle afferenti al Dipartimento dei Servizi Diagnostici ed ha, successivamente, definito per singola struttura di ricovero uno specifico pannello di obiettivi sanitari. Tali obiettivi sono stati individuati in relazione a tre parametri fondamentali: le linee di attività erogate (ricovero ordinario, day hospital o day surgery), il case mix trattato e i livelli di performance fatti registrare l'anno precedente. Questi ultimi sono stati determinati utilizzando due diverse tipologie di indicatori e nello specifico:

- ▶ gli *indicatori classici* di assistenza ospedaliera (degenza media, peso medio, indice di occupazione dei posti letto, indice di rotazione, etc.), che consentono di valutare l'efficienza di erogazione delle prestazioni;
- ▶ gli *indicatori ministeriali individuati nell'ambito del progetto SIVEAS*⁴⁰ (Sistema di Valutazione della Performance della Sanità Italiana) e del *Programma Nazionale Esiti*⁴¹, che consentono di valutare l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni.

Si riporta di seguito il pannello completo di indicatori classici (*tabella 13*) e SIVEAS/PNE (*tabella 14*) utilizzati per valutare il livello di performance delle Unità Operative aziendali che svolgono attività di ricovero.

TABELLA 13 - INDICATORI CLASSICI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

Indicatori relativi ai ricoveri ordinari	Indicatori relativi ai DH/DS
Numero totale di dimessi	Numero totale di dimessi
Numero totale di giornate di degenza	Numero totale di accessi
Numero di ricoveri di 0-1 giorno	Peso medio dei DRG
Degenza media	Indice di occupazione (I.O.)
Peso medio dei DRG	
Indice di occupazione (I.O.)	
Indice di rotazione (I.R.)	
Indice di turn over (I.T.)	

TABELLA 14 - INDICATORI MINISTERIALI MONITORATI NEL PROGETTO SIVEAS E NEL PROGRAMMA NAZIONALE ESITI

Degenza media pre-operatoria per gli interventi programmati
% ricoveri medici ripetuti entro 30 giorni
% Day Hospital medici con finalità diagnostica
% DRG medici dimessi da reparti chirurgici
Proporzione di pazienti con IMA trattati con PTCA entro 48 ore dal ricovero
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche sul totale delle colecistectomie effettuate
Durata totale della degenza per le colecistectomie laparoscopiche
Durata totale della degenza per le colecistectomie laparotomiche
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria < 3 giorni
Colecistectomia laparotomica: degenza post-operatoria < 7 giorni
Colecistectomia laparotomica: complicanze a 30 giorni
Colecistectomia laparotomica: reintervento a 30 giorni
% colecistectomie laparoscopiche eseguite in Day Surgery e ricovero ordinario di 0-1 giorno
% fratture di femore operate entro 2 giorni dall'ammissione
% interventi di protesi d'anca eseguiti entro 60 giorni dal ricovero
% interventi di protesi di ginocchio eseguiti entro 60 giorni dal ricovero

Per il calcolo degli indicatori SIVEAS/PNE, sono state seguite le indicazioni fornite da apposite schede esplicative elaborate a livello ministeriale, al cui interno sono specificati per singolo indicatore (in particolare in termini di codici ICD-9-CM di diagnosi e/o procedura) tutti i criteri di inclusione e di esclusione da prendere in considerazione per effettuare un calcolo corretto.

A titolo esemplificativo, si riporta di seguito la scheda relativa all'indicatore “Percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici” (*figura 5*).

Figura 5. Modello di scheda esplicative

“PERCENTUALE DI DRG MEDICI DIMESSI DA REPARTI CHIRURGICI”	
Definizione	Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici
Numeratore	Numero di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici
Denominatore	Numero di dimessi da reparti chirurgici
Formula matematica	$\frac{\text{Numero di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici}}{\text{Numero di dimessi da reparti chirurgici}} \times 100$
Note per l'elaborazione	<p>Le specialità chirurgiche selezionate sono: 06 cardiocirurgia pediatrica, 07 cardiocirurgia, 09 chirurgia generale, 10 chirurgia maxillo-facciale, 11 chirurgia pediatrica, 12 chirurgia plastica, 13 chirurgia toracica, 14 chirurgia vascolare, 30 neurochirurgia, 34 oculistica, 35 odontostomatologia, 36 ortopedia, 38 otorinolaringoiatria, 43 urologia, 76 neurochirurgia pediatrica, 78 urologia pediatrica, 98 day surgery</p> <p>Sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i dimessi con intervento principale di litotrissia (codice ICD-9-CM di procedura: 98.5, 98.51, 98.52, 98.59) - i dimessi con DRG 470 (DRG non attribuibile) <p>Vengono considerati DRG medici quelli di tipo “M” o i DRG senza alcuna indicazione nell'elenco delle tariffe delle prestazioni ospedaliere per acuti, ex DM 30/06/1997.</p>

I dati necessari al calcolo degli indicatori classici e SIVEAS/PNE sono stati acquisiti dal database SDO aziendale nel mese di febbraio 2013, avvalendosi del sistema opera-

tivo di analisi Quany SDO. In particolare, mediante l'applicazione di specifici filtri di ricerca, sono stati estrapolati i dati relativi all'attività di ricovero (ordinaria e diurna) svolta dalle singole Unità Operative aziendali nel corso dell'anno precedente e, sulla base di tali elementi, sono stati determinati i valori di tutti gli indicatori selezionati.

Ultimato il calcolo, è stato individuato per singola Unità Operativa un pacchetto di obiettivi (in media 9-10 obiettivi) tale da incidere su tutti gli aspetti dell'attività di ricovero risultati potenzialmente migliorabili e, per ogni obiettivo, è stato determinato un risultato atteso da raggiungere entro la fine dell'anno 2013. In particolare, per gli indicatori misurati a livello ministeriale è stato determinato lo scostamento del valore misurato nell'Unità Operativa rispetto al benchmark nazionale ed è stato posto quale obiettivo per il 2013 l'annullamento di tale divario. Nei casi in cui non è stato possibile effettuare confronti con un valore medio italiano per l'indisponibilità di dati aggregati a livello nazionale, è stato valutato lo scostamento rispetto al benchmark regionale. In assenza di valori di riferimento nazionali o regionali, è stato scelto quale benchmark di riferimento il valore medio aziendale riferito all'anno precedente.

Relativamente alla degenza media dei ricoveri ordinari, si è deciso di effettuare una valutazione per singolo DRG, poiché tale parametro è fortemente influenzato dalla complessità della casistica trattata. A tal fine, sono stati selezionati, nell'ambito del case mix di ciascuna Unità Operativa, i DRG per i quali il numero di ricoveri effettuati nel corso del 2012 risultasse statisticamente significativo ed è stata determinata la degenza media trimmata DRG specifica. Le degenze medie così misurate sono state successivamente confrontate con i relativi valori regionali ed è stato realizzato un prospetto completo degli scostamenti rilevati. Per tutti i DRG con degenza media superiore alla media campana, è stato assegnato all'Unità Operativa l'obiettivo di annullare lo scostamento osservato rispetto al benchmark regionale.

Si riporta di seguito, a titolo esemplificativo, l'elenco completo delle degenze medie DRG-specifiche registrate nel corso del 2012 in due delle Unità Operative chirurgiche incluse nel progetto, la "UOC Ortopedia ad indirizzo rigenerativo" (ex UOC III Ortopedia e Traumatologia, codice ISTAT 3633) e la "UOC Chirurgia Generale (Monaldi, codice ISTAT 0911)", con i relativi scostamenti dal valore medio campano. I DRG per i quali è stata registrata una degenza media superiore al valore medio regionale sono stati contrassegnati in grigio (*tabelle 15-16*).

TABELLA 15: UOC ORTOPEDIA AD INDIRIZZO RIGENERATIVO (3633) - SCOSTAMENTO DALLA DEGENZA MEDIA CAMPANA

DRG	Descrizione	Numero dimessi	Degenza media	Degenza media Campania	Scostamento
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	31	17,52	14,2	3,32
211	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	24	17,08	12,7	4,38
219	Interv. su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	24	9,58	9,9	-0,32
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	16	4,56	4,3	0,26
224	Int. su spalla, gomito o avambraccio eccetto interv. maggiori su articolazioni senza CC	11	7,55	5,9	1,65
225	Interventi sul piede	11	7,00	6,9	0,10
538	Escis. locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	11	11,27	6,3	4,97
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	10	8,20	5,1	3,10

TABELLA 16: UOC CHIRURGIA GENERALE (0911) - SCOSTAMENTO DALLA DEGENZA MEDIA CAMPANA

DRG	Descrizione	Numero dimessi	Degenza media	Deg. media Campania	Scostamento
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	209	3,16	7,7	-4,54
149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	101	14,43	17,8	-3,37
160	Interventi per ernia (non inguinale e femorale), età > 17 anni senza CC	59	6,42	7,1	-0,68
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	52	1,69	5,1	-3,41
155	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	40	13,08	18,4	-5,33
158	Interventi su ano e stoma senza CC	37	2,03	4,8	-2,77
147	Resezione rettale senza CC	31	12,68	13,4	-0,72
192	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	21	13,05	16,5	-3,45
290	Interventi sulla tiroide	21	6,10	6,1	0,00
171	Altri interventi sull'apparato digerente senza CC	19	8,26	10,3	-2,04
461	Interventi con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	19	12,11	8,1	4,01
339	Interventi su testicolo non per neoplasie maligne, età > 17	17	1,88	4,1	-2,22
189	Altre diagnosi sull'apparato digerente, età > 17 senza CC	14	6,21	5,1	1,11
286	Interventi sul surrene e sulla ipofisi	13	7,77	10,7	-2,93
303	Interventi su rene e uretere per neoplasia	13	8,23	16,1	-7,87
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di mal. app. digerente, età > 17 anni senza CC	12	2,92	3,5	-0,58
191	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	10	15,30	18,6	-3,30

Relativamente ai DRG ad alto rischio di inappropriatazza, per cui il DCA n. 58/2010⁴⁶ (successivamente modificato dal DCA n. 17/2014⁴⁷) ha fissato le soglie di ammissibilità in regime di ricovero ordinario, sono stati invece calcolati:

- il numero complessivo di ricoveri effettuati per singolo DRG nel corso del 2012;
- la percentuale DRG-specifica di ricoveri effettuati in regime ordinario;
- lo scostamento rispetto al valore soglia indicato dal Decreto Commissariale.

Per tutti i DRG per cui la percentuale di ricoveri effettuati in regime ordinario è risultata superiore a quella stabilita dal DCA n. 58/2010⁴⁶, è stato assegnato all'Unità Operativa l'obiettivo di annullare lo scostamento osservato rispetto al valore previsto.

Nella pagina successiva si riporta, a titolo esemplificativo, l'elenco degli scostamenti evidenziati per la UOC Ortopedia ad indirizzo rigenerativo e la UOC Chirurgia Generale (Monaldi) (*tabelle 17-18*).

TABELLA 17: UOC ORTOPEDIA AD INDIRIZZO RIGENERATIVO (3633) - SCOSTAMENTO DALLE SOGLIE DEL DCA N. 58/2010

DRG	Descrizione	Ric. totali	% Ric. ordinari	% DCA 58	Scost.
224	Int. su spalla, gomito o avambraccio eccetto int. maggiori su articolazioni senza CC	5	40,0%	70%	-30,0%
225	Interventi sul piede	20	10,0%	44%	-34,0%
227	Interventi sui tessuti molli, senza CC	9	33,3%	25%	8,3%
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	17	5,9%	9%	-3,1%
232	Artroscopia	17	5,9%	20%	-14,1%
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	1	0,0%	21%	-21,0%
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	26	7,7%	38%	-30,3%

TABELLA 18: UOC CHIRURGIA GENERALE (0911) - SCOSTAMENTO DALLE SOGLIE DEL DCA N. 58/2010

DRG	Descrizione	Ric. totali	% Ric. ordinari	% DCA 58	Scost.
158	Interventi su ano e stoma	61	54,1%	40%	14,1%
160	Interventi per ernia, non inguinale e femorale, senza CC, età > 17 anni	99	59,6%	66%	-6,4%
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, senza CC, età > 17 anni	256	12,1%	33%	-20,9%
261	Int. sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia ed escissione locale	6	100,0%	60%	40,0%
262	Biopsia e escissione locale mammella, non per tumore maligno	11	72,7%	7%	65,7%
267	Interventi perianali e cisti pilonidali	21	4,8%	16%	-11,2%
270	Altri interventi sulla cute, sottocutaneo e mammella, senza CC	130	4,6%	5%	-0,4%
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	31	48,4%	11%	37,4%
342	Circoncisione, età > 17 anni	15	6,7%	2%	4,7%

Relativamente alle strutture afferenti al Dipartimento dei Servizi Diagnostici, gli obiettivi di budget sono stati individuati in modo da ridurre i tempi di erogazione delle prestazioni richieste per pazienti interni da parte delle Unità Operative di ricovero. In tal modo, si è cercato di intervenire su tutte le principali “strozzature” responsabili di ritardi nei percorsi assistenziali.

Oltre agli obiettivi sanitari sopra descritti, finalizzati a migliorare l'appropriatezza delle prestazioni, ad ogni Unità Operativa sono stati assegnati anche:

- ▶ obiettivi economico-gestionali;
- ▶ obiettivi di comportamento professionale.

Tali obiettivi sono stati individuati, al pari dei precedenti, in modo da contribuire al raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali.

Ad ogni categoria di obiettivi è stato attribuito un peso complessivo e nello specifico:

- ▶ un peso di 40 per gli obiettivi sanitari;
- ▶ un peso di 40 per gli obiettivi economico-gestionali;
- ▶ un peso di 20 per gli obiettivi di comportamento professionale.

Nell'ambito delle singole categorie, sono stati, inoltre, definiti per ciascun obiettivo:

- ▶ un *peso percentuale*, stabilito in relazione alla rilevanza dell'obiettivo stesso rispetto alle direttive ministeriali e regionali e alle linee di sviluppo dell'Azienda;
- ▶ un *indicatore di verifica*;
- ▶ un *risultato atteso*, stabilito in base a norme, linee guida o benchmark nazionali o regionali;
- ▶ specifiche *fasce di risultato* (scostamenti dal risultato atteso) corrispondenti a diverse percentuali di raggiungimento dell'obiettivo;
- ▶ un *valore soglia*, corrispondente al risultato minimo da raggiungere per ottenere almeno parte del peso previsto per l'obiettivo.

Fase di negoziazione degli obiettivi con Dipartimenti ed Unità Operative

Ben lungi dal ricorrere ad una rituale modalità di assegnazione degli obiettivi di tipo top down, nel mese di marzo 2013, il Comitato di budget ha indetto, per singolo Dipartimento Aziendale, uno o più incontri di negoziazione al fine di condividere con i partecipanti gli obiettivi sanitari ed economico-gestionali proposti per i corrispondenti Centri di Responsabilità. Durante le riunioni, i componenti del Comitato hanno illustrato ai

Direttori di Dipartimento e di Unità Operativa la metodologia adottata per l'individuazione degli obiettivi di budget, soffermandosi sulla fase di analisi delle attività di ricovero e sulle modalità di definizione di pesi, indicatori e benchmark di riferimento. Il Comitato ha, inoltre, attentamente valutato le osservazioni dei partecipanti e, talvolta, ha recepito le modifiche da essi proposte.

Gli incontri di negoziazione si sono conclusi con l'approvazione e la formale sottoscrizione di una scheda di budget per singolo Centro di Responsabilità.

Fase di reporting e verifica dei risultati

Nel corso dell'anno, utilizzando una reportistica appositamente predisposta, il Comitato di budget ha monitorato l'andamento delle attività con cadenza trimestrale, così da valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi da parte dei singoli CdR aziendali e correggere le eventuali criticità presenti (figura 6). Al termine del 2013, tutti gli obiettivi assegnati sono stati oggetto di valutazione ai fini del sistema premiante.

Figura 6. Ciclo del monitoraggio



Nella pagina successiva si riportano, a titolo esemplificativo, gli obiettivi sanitari inseriti nelle schede di budget approvate nel marzo 2013 per la UOC Ortopedia ad indirizzo rigenerativo (3633) e la UOC Chirurgia Generale dell'Ospedale Monaldi (0911), con i risultati raggiunti per singolo obiettivo (*figure 7 e 8*).

A seguire si riporta una matrice delle responsabilità/attività in cui sono schematizzate le diverse azioni poste in essere ai fini della realizzazione del processo di budgeting per l'anno 2013, con specifica dei tempi di attuazione e delle strutture aziendali coinvolte (*figura 9*).

FIGURA 7 SCHEDA DI BUDGET UOC ORTOPEDIA AD INDIRIZZO RIGENERATIVO (3633) - OBIETTIVI SANITARI PER L'ANNO 2013

OBIETTIVI 2013	INDICATORI	VALORE SOGLIA	VALORE OBIETTIVO	PESO	VALORE RAGGIUNTO	PESO ASSEGNATO
Degenza media totale < valore soglia	Degenza media totale	14,24	12	2	11,32	2
% DRG chirurgici inappropriati (LEA) = valore soglia	% DRG chirurgici inappropriati (LEA)	3,00%	0,00%	2	0,00%	2
% DRG medici dimessi da reparti chirurgici ≤ valore soglia	% DRG medici sul totale dei dimessi	35,10%	27,60%	2	26,00%	2
Degenza media preoperatoria ric. programmati < valore soglia	Degenza media pre-operatoria dei ricoveri programmati	6,35	1,38	3	4,84	0,91
% fratture di femore operate entro 2 giorni > valore soglia	% di fratture femore operate entro 2 giorni dal ricovero	20,00%	35,90%	4	15,80%	0
% artroprotesi d'anca eseguite entro 60 giorni dalla data di inserimento in lista di attesa > valore soglia	% artroprotesi d'anca eseguite entro 60 gg dall'inserimento in lista	100,00%	100,00%	2	100,00%	2
% artroprotesi di ginocchio eseguite entro 60 giorni dalla data di inserimento in lista di attesa > valore soglia	% artroprotesi di ginocchio eseguite entro 60 gg dall'inserimento in lista	100,00%	100,00%	2	100,00%	2
Degenza pre-operatoria per protesi di anca < valore soglia	Degenza pre-operatoria protesi anca	8,8	3,0	4	6,9	0,61
Degenza pre-operatoria per protesi di ginocchio < valore sog	Degenza pre-operatoria protesi gin.	8,7	3,0	4	6,6	1,28
% pz dimessi entro 7 gg da artroprotesi d'anca > valore soglia	% di pazienti dimessi entro 7 giorni da artroprotesi di anca	59,00%	100,00%	4	70,00%	1,53
% pz dimessi entro 7 gg da artroprotesi di gin. > valore soglia	% di pazienti dimessi entro 7 giorni da artroprotesi di ginocchio	62,00%	100,00%	4	73,00%	1,12
% pz per cui è stata attivata la funzione UVBR > valore soglia	% di pazienti per cui è stata attivata la funzione UVBR	0,00%	100,00%	4	100,00%	4
% schede di sorveglianza infezioni sito chirurgico trasmesse al CIO > valore soglia (artroprotesi di anca e ginocchio)	% schede di sorveglianza infezioni del sito chirurgico trasmesse al CIO	0,00%	100,00%	3	100,00%	3
TOTALE PESO OBIETTIVI SANITARI				40		22,45

FIGURA 8. SCHEDA DI BUDGET UOC CHIRURGIA GENERALE (MONALDI) - OBIETTIVI SANITARI PER L'ANNO 2013

OBIETTIVI 2013	INDICATORI	VALORE SOGLIA	VALORE OBIETTIVO	PESO	VALORE RAGGIUNTO	PESO ASSEGNATO
Degenza media totale < valore soglia	Degenza media totale	7,41	7,00	2	7,24	0,83
Degenza media per DRG 461 < valore soglia	Degenza media DRG-specifica	12,11	8,10	2	13,50	0
Degenza media per DRG 189 < valore soglia	Degenza media DRG-specifica	6,21	5,10	2	4,31	2
% DRG medici dimessi da reparti chirurgici ≤ valore soglia	% DRG medici dim. da rep. chirurgici	14,70%	14,70%	3	8,70%	3
Peso Medio dei DRG = valore soglia	Peso Medio DRG	1,35	1,35	2	1,36	2
Indice di Occupazione (IO) = valore soglia	Indice di Occupazione (IO)	95,99%	95,99%	2	83,93%	0
% Ricoveri ordinari ripetuti entro 30 giorni ≤ valore soglia	% Ricoveri ordinari con la stessa MDC ripetuti entro 30 giorni	3,0%	3,0%	2	0,1%	2
Degenza media pre-operatoria dei ric. programmati < valore soglia	Degenza media pre-operatoria dei ricoveri programmati	3,23	1,38	3	3,42	0
% DRG chirurgici inappropriati (LEA) < valore soglia (DRG 158)	% DRG chir. inappropriati (LEA)	54,0%	40,0%	4	23,00%	4
% DRG chirurgici inappropriati (LEA) < valore soglia (DRG 261)	% DRG chir. inappropriati (LEA)	100,0%	60,0%	4	33,0%	4
% DRG chirurgici inappropriati (LEA) < valore soglia (DRG 262)	% DRG chir. inappropriati (LEA)	72,7%	7,0%	4	2,50%	4
Degenza media per colecistectomie laparoscopiche ≤ valore soglia	Degenza media col. laparoscopiche	3,4	3,4	3	3,4	3
% colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 4 giorni = valore soglia	% colecistect. laparoscopiche con degenza post-operatoria < 4 giorni	95,90%	95,90%	3	95,90%	3
% schede di sorveglianza infezioni sito chirurgico trasmesse al CIO > valore soglia (colecistectomia laparoscopica)	% schede di sorveglianza infezioni del sito chirurgico trasmesse al CIO	0,00%	100,00%	4	100,00%	4
TOTALE PESO OBIETTIVI SANITARI				40		31,83

FIGURA 9. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'/ATTIVITA'

Responsabilità Attività	Direzione Strategica	DSA	Controllo di Gestione	Direttori dei CdR	Nucleo di Valutazione
1. Fase di definizione degli obiettivi					
1.1. Elaborazione delle linee strategiche aziendali	Dic. 2011				
1.2. Costituzione del Comitato di budget	Dic. 2012				
1.3. Definizione del cronoprogramma delle attività di budgeting	Dic. 2012				
1.4. Analisi quali-quantitativa dell'attività di ricovero		Gen-Feb 2013			
1.5. Definizione delle proposte di obiettivi sanitari per i CdR		Feb. 2013			
1.6. Definizione delle proposte di obiettivi econ.-gestionali per i CdR			Feb. 2013		
2. Fase di negoziazione degli obiettivi					
1.1. Riunioni di negoziazione con i Direttori dei singoli CdR aziendali	Mar.2013	Mar.2013	Mar.2013		
1.2. Illustrazione delle proposte di obiettivi ai Direttori dei CdR		Mar.2013	Mar.2013		
1.3. Verifica e condivisione delle proposte con il personale del CdR				Mar.2013	
1.4. Valutazione delle proposte/richieste dei Direttori dei CdR	Mar.2013	Mar.2013	Mar.2013		
1.5. Approvazione e sottoscrizione delle schede di budget	Mar.2013			Mar.2013	
3. Fase di reporting e verifica dei risultati					
1.1. Elaborazione di report periodici su andamento indicatori sanitari		Trimestrale			
1.2. Elaborazione di report periodici su andamento ind. econ.-gestionali			Trimestrale		
1.3. Formazione/informazione sul budgeting a medici e infermieri		Giu.-Lug 2013			
1.4. Verifica dei risultati sanitari raggiunti			Gen. 2014		
1.5. Verifica dei risultati economico-gestionali raggiunti				Gen. 2014	
1.6. Elab. e condivisione schede di valutazione con i Dirigenti interessati		Feb. 2014	Feb. 2014		
1.7. Valutazione di eventuali contestazioni		Feb. 2014	Feb. 2014		
1.8. Approvazione e sottoscrizione delle schede di valutazione	Feb. 2014			Feb. 2014	
1.9. Verifica del Nucleo di Valutazione			Mensile		Mensile

4.2.3 BUDGETING RELATIVO ALL'ANNO 2014

Fase di definizione degli obiettivi

La fase di definizione degli obiettivi per l'anno 2014 ha previsto quattro attività:

- ▶ l'identificazione di eventuali criticità relative:
 - alla metodologia di budgeting adottata nel 2013;
 - all'applicazione sperimentale dei percorsi assistenziali ridefiniti/introdotti nel corso del 2013 e correlati ad obiettivi di budget “non raggiunti” o “parzialmente raggiunti”;
- ▶ l'analisi e la correzione delle criticità individuate;
- ▶ l'analisi quali-quantitativa generale dell'attività di ricovero svolta nel 2013;
- ▶ l'individuazione degli obiettivi sanitari ed economico-gestionali per l'anno 2014.

Tali attività sono state svolte in modo sequenziale nei mesi di gennaio e febbraio 2014.

Identificazione delle criticità legate alla metodologia di budget adottata nel 2013

Preliminarmente all'individuazione degli obiettivi di budget per l'anno 2014, lo staff della Direzione Sanitaria Aziendale ha effettuato un'analisi della metodologia di budgeting adottata l'anno precedente al fine di individuare eventuali errori commessi in fase di definizione degli obiettivi. L'analisi condotta ha evidenziato le seguenti criticità:

- ▶ per alcuni obiettivi di area sanitaria era stato previsto un range troppo stretto tra il “valore soglia” (risultato minimo da raggiungere per ottenere almeno parte del peso previsto per l'obiettivo) e il “valore obiettivo” (risultato da raggiungere per ottenere l'intero peso previsto per l'obiettivo). Per tale ragione, variazioni anche molto piccole del valore raggiunto dal CdR comportavano il conseguimento di fasce di risultato e, dunque, di un peso percentuale estremamente diversi;
- ▶ ad alcune Unità Operative era stato assegnato l'obiettivo di ridurre la degenza media aumentando contestualmente il peso medio e, dunque, la complessità della casistica trattata;
- ▶ non essendo stati definiti DRG per l'inquadramento dei ricoveri cardiocirurgici in pazienti pediatrici, i benchmark utilizzati per l'assegnazione di obiettivi sulla degenza media DRG-specifica nell'area di cardiocirurgia pediatrica erano errati. Infatti, sebbene l'età dei pazienti condizioni fortemente sia il grado di complessità

dell'intervento che la durata della degenza post-operatoria, erano stati impiegati quali valori di riferimento le degenze medie DRG-specifiche misurate a livello regionale per i DRG omologhi relativi a soggetti adulti;

- ▶ ad alcune Unità Operative era stato assegnato l'obiettivo di ridurre la degenza media aumentando contestualmente l'indice di occupazione dei posti letto, che è indicativo del rapporto percentuale tra le giornate di degenza effettivamente utilizzate per i ricoveri e le giornate di degenza teoricamente disponibili presso la struttura in esame (queste ultime determinate moltiplicando il numero di posti letto dell'Unità Operativa per il numero di giorni dell'anno);
- ▶ ad alcune Unità Operative erano stati assegnati obiettivi SIVEAS/PNE sulla mortalità a 30 giorni per specifiche procedure, tuttavia i valori raggiunti (annualmente misurati dall'Agenas) non sono stati divulgati in tempi utili alla valutazione.

Identificazione di eventuali criticità legate all'applicazione di percorsi introdotti o ridefiniti nel corso del 2013 e correlati ad obiettivi di budget non raggiunti o parzialmente raggiunti

Parallelamente all'analisi della metodologia di budgeting, si è provveduto ad esaminare i percorsi assistenziali introdotti o ridefiniti durante il 2013 e correlati ad obiettivi di budget "non raggiunti" o "parzialmente raggiunti". L'analisi ha evidenziato una importante criticità relativa alla fase di applicazione sperimentale del percorso per la presa in carico riabilitativa dei pazienti con patologie cardiovascolari, ovvero la bassa propensione delle Unità Operative di Cardiologia dell'Azienda a trasferire i pazienti trattati in fase acuta nella UOC di Riabilitazione in continuità assistenziale.

Analisi e correzione delle criticità individuate

Completata l'attività di analisi, il Comitato di budget ha definito specifiche azioni correttive volte alla risoluzione delle criticità individuate.

Azioni per la correzione delle criticità legate alla metodologia di budget adottata nel 2013

- ▶ per gli obiettivi di area sanitaria per i quali era stato previsto un range troppo stretto tra il "valore soglia" e il "valore obiettivo", sono stati individuati degli intervalli di risultato più ampi, tali da permettere il conseguimento di fasce di risultato diverse solo in presenza di variazioni significative dei valori raggiunti dal CdR;

- ▶ gli obiettivi relativi alla degenza media DRG-specifica nell'area di cardiocirurgia pediatrica sono stati definiti utilizzando quali benchmark di riferimento i valori estrapolati dalla revisione della bibliografia riguardante i tempi medi di degenza correlati all'esecuzione di procedure cardiocirurgiche in età pediatrica;
- ▶ alle Unità Operative a cui è stato assegnato l'obiettivo di ridurre la degenza media è stato imposto contestualmente il mantenimento dell'indice di occupazione registrato l'anno precedente, così da promuovere un incremento dell'indice di rotazione (indicativo del numero di ricoveri effettuato per singolo posto letto);
- ▶ per evitare che gli obiettivi di contenimento dei tempi di degenza fossero perseguiti effettuando ricoveri di minore complessità, alle Unità Operative a cui è stato assegnato l'obiettivo di ridurre la degenza media è stato imposto contestualmente il mantenimento del peso medio della casistica trattata;
- ▶ per consentire la misurazione degli obiettivi SIVEAS/PNE sulla "mortalità a 30 giorni" in tempi utili alla sottoscrizione delle schede di valutazione, è stato definito un protocollo aziendale per la raccolta sistematica dei dati di interesse. Tale protocollo prevede che ad un mese dalla dimissione sia effettuata una visita di controllo a tutti i pazienti sottoposti alle procedure chirurgiche per cui è prevista una valutazione del tasso di mortalità a 30 giorni.

Azioni per la correzione delle criticità legate alla fase di applicazione dei percorsi

Al fine di migliorare il grado di adesione delle Unità Operative di Cardiologia al percorso per la presa in carico riabilitativa dei pazienti con patologie cardiovascolari, tra gli obiettivi di budget assegnati a tali aree per l'anno 2014 è stato inserito quello di trasferire in continuità assistenziale i pazienti trattati in fase acuta nella UOC di Recupero e Riabilitazione (FKT) dell'Ospedale CTO.

Analisi quali-quantitativa generale dell'attività di ricovero relativa al 2013

Il Comitato di budget ha effettuato un'analisi complessiva dell'attività di ricovero (ordinaria e a ciclo diurno) svolta presso le singole Unità Operative aziendali nel corso dell'anno precedente.

A tale scopo, ad avvenuto consolidamento dei dati SDO relativi al 2013, lo staff della Direzione Sanitaria Aziendale ha provveduto ad estrapolare i dati di interesse dal database SDO aziendale, mediante l'impiego del sistema operativo di analisi Quany SDO,

ed ha ricalcolato tutti gli indicatori classici e SIVEAS/PNE (*tabelle 13 e 14*) già misurati nel febbraio 2013, compresi quelli per i quali non erano stati successivamente individuati specifici obiettivi di budget.

Relativamente ai DRG ad alto rischio di inappropriatezza, le percentuali DRG-specifiche di ricoveri ordinari effettuati durante il 2013, sono state raffrontate con le nuove soglie di ammissibilità fissate dal Decreto Commissariale n. 17/2014⁴⁷, piuttosto che con quelle stabilite dal DCA n. 58/2010⁴⁶.

Individuazione degli obiettivi sanitari ed economico-gestionali per l'anno 2014

Sulla scorta delle attività sopra descritte, il Comitato di budget ha definito uno specifico pannello di obiettivi di budget sia per le Unità Operative con attività di ricovero che per le strutture afferenti al Dipartimento dei Servizi Diagnostici.

Fase di negoziazione degli obiettivi con Dipartimenti ed Unità Operative

Analogamente a quanto accaduto nel 2013, nel mese di marzo 2014, il Comitato di budget ha indetto, per singolo Dipartimento, uno o più incontri di negoziazione al fine di condividere con i partecipanti gli obiettivi sanitari ed economico-gestionali proposti per i corrispondenti CdR. Durante le riunioni, i membri del Comitato hanno illustrato:

- ▶ i nuovi controlli imposti dalla regione sull'attività di ricovero, in aggiunta a quelli già previsti dal DCA 6/2011⁴⁸, con particolare riguardo per le verifiche sui ricoveri doppi intra ed inter-aziendali e sulla congruità tra dati anagrafici e codici fiscali riportati sulle SDO;
- ▶ le modifiche apportate alla metodologia usata per definire gli obiettivi di budget.

Al pari dell'anno precedente, il Comitato ha, inoltre, ricercato un confronto attivo con i Direttori di Dipartimento e di Unità Operativa in merito agli obiettivi proposti e, talvolta, ha recepito le modifiche da essi richieste. Gli incontri di negoziazione si sono conclusi con la formale sottoscrizione di una scheda di budget per singolo Centro di Responsabilità.

Fase di reporting e verifica dei risultati

Nel corso dell'anno, utilizzando una reportistica appositamente predisposta, il Comitato di budget ha monitorato l'andamento delle attività con cadenza trimestrale così da

evidenziare le eventuali criticità presenti e predisporre le relative azioni correttive. Al termine del 2014, tutti gli obiettivi assegnati ai CdR aziendali sono stati oggetto di valutazione ai fini del sistema premiante.

4.2.4 BUDGETING RELATIVO ALL'ANNO 2015

Fase di definizione degli obiettivi

La fase di definizione degli obiettivi per l'anno 2015 ha previsto quattro attività:

- ▶ l'identificazione di eventuali criticità relative:
 - alla metodologia di budgeting adottata nel 2014;
 - all'applicazione sperimentale dei percorsi assistenziali ridefiniti/introdotti nel 2014 e correlati ad obiettivi di budget "non raggiunti" o "parzialmente raggiunti";
- ▶ l'analisi e la correzione delle criticità individuate;
- ▶ l'analisi quali-quantitativa generale dell'attività di ricovero svolta nel 2014;
- ▶ l'individuazione degli obiettivi sanitari ed economico-gestionali per l'anno 2015.

Tali attività sono state svolte in modo sequenziale nei mesi di gennaio e febbraio 2015.

Identificazione delle criticità legate alla metodologia di budget adottata nel 2014

In analogia con quanto accaduto nel gennaio 2014, preliminarmente all'individuazione degli obiettivi di budget per l'anno 2015, lo staff della Direzione *Sanitaria Aziendale* ha effettuato un'analisi della metodologia di budgeting adottata l'anno precedente al fine di individuare eventuali errori commessi in fase di definizione degli obiettivi. L'analisi condotta ha evidenziato le seguenti criticità:

- ▶ il protocollo aziendale definito nel corso del 2014 per consentire la misurazione degli obiettivi SIVEAS/PNE sulla "mortalità a 30 giorni" in tempi utili alla sottoscrizione delle schede di valutazione ha fornito risultati discordanti rispetto a quelli divulgati a fine anno dall'Agenas;
- ▶ il tempo dedicato alla fase di condivisione degli obiettivi con i Direttori dei vari CdR aziendali ha avuto una durata tale da comportare la sottoscrizione tardiva delle schede di budget per l'anno in corso. Nel biennio 2013-2014, essendo il budgeting ancora in fase sperimentale, si è deciso, infatti, di lasciare ai Direttori dei CdR un tempo di 30 giorni per verificare le schede di budget proposte in sede di nego-

ziazione e chiedere al Comitato di apportare alle stesse eventuali modifiche o integrazioni. Per tale ragione, la sottoscrizione delle schede di budget per singolo dirigente medico è stata completata solo al termine del primo trimestre dell'anno di riferimento.

Identificazione di eventuali criticità legate all'applicazione di percorsi introdotti o ridefiniti nel corso del 2014 e correlati ad obiettivi di budget non raggiunti o parzialmente raggiunti

Parallelamente all'analisi della metodologia di budgeting, si è provveduto ad esaminare i percorsi assistenziali introdotti o ridefiniti durante il 2014 e correlati ad obiettivi di budget “non raggiunti” o “parzialmente raggiunti”.

L'analisi ha evidenziato come unica criticità la non conformità del “Percorso aziendale per la presa in carico riabilitativa dei pazienti con esiti di ictus, dal ricovero in fase acuta al rientro a domicilio”, adottato con Delibera n. 1306 del 21/12/2013, rispetto alle indicazioni contenute nel successivo DCA n. 23 del 10/03/2015 (BURC n. 19 del 18/03/2015)⁴⁹, avente ad oggetto il “Percorso riabilitativo unico integrato per il paziente con ictus ai sensi del Piano d'indirizzo per la riabilitazione di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 10/02/2011”.

Analisi e correzione delle criticità individuate

Completata l'attività di analisi, il Comitato di budget ha definito specifiche azioni correttive volte alla risoluzione delle criticità individuate.

Azioni per la correzione delle criticità legate alla metodologia di budget adottata nel 2014

- ▶ lo staff della Direzione Sanitaria Aziendale ha provveduto a richiedere formalmente all'Agenas un audit allo scopo di discutere delle discordanze rilevate;
- ▶ il Comitato di budget ha deciso di ridurre a 10 giorni il tempo concesso ai Direttori dei CdR aziendali per verificare i contenuti delle schede proposte in sede di negoziazione e presentare eventuali richieste di modifiche o integrazioni, così da completare la sottoscrizione delle schede di budget entro il 28 febbraio 2015.

Azioni per la correzione delle criticità legate alla fase di applicazione dei percorsi

- ▶ la Direzione Sanitaria Aziendale ha costituito un tavolo tecnico multidisciplinare con il compito di effettuare una revisione del percorso aziendale per la presa in cari-

co riabilitativa dei pazienti con esiti di ictus, al fine di garantirne la piena conformità al percorso integrato regionale.

In seguito ad un'attenta analisi dei due percorsi, il tavolo tecnico ha apportato delle integrazioni al precedente percorso aziendale, dettagliando in modo più preciso le azioni da compiere in ciascuna delle fasi in cui esso si articola:

- *Fase 1* - Presa in carico riabilitativa precoce del paziente;
- *Fase 2* - Dimissione dall'Unità Operativa di ricovero per acuti;
- *Fase 3* - Ricovero presso l'Unità Operativa di riabilitazione funzionale.

Gli elementi distintivi introdotti nel nuovo percorso aziendale sono:

- la predisposizione della prima bozza di Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), da parte del team multidisciplinare che ha preso in carico del paziente, entro 48 ore dal ricovero in acuzie secondo i contenuti previsti dall'allegato al DCA n. 23/2015⁴⁹, con definizione dei primi programmi riabilitativi utili a garantire una risposta assistenziale appropriata a breve termine;
- l'effettuazione da parte del team della classificazione ICF (International Classification of Functioning Disability and Health) secondo lo specifico "*core set brief*" (raccolta dei codici necessari per descrivere il paziente da osservare per singola dimensione);
- il precoce contatto con il territorio, realizzato mediante tempestiva comunicazione dell'avvenuta presa in carico del paziente all'Unità Operativa di Riabilitazione (UOAR) del Distretto di residenza e la definizione condivisa delle azioni da intraprendere per la continuità assistenziale;
- la rivalutazione del paziente secondo protocolli standardizzati da parte del team multidisciplinare entro 4-5 giorni dal trasferimento presso l'Unità Operativa di riabilitazione funzionale ospedaliera e, successivamente, con cadenza quindicinale ai fini dell'eventuale revisione del Progetto Riabilitativo Individuale.

Analisi quali-quantitativa generale dell'attività di ricovero relativa al 2014

Nel febbraio 2015, al fine di analizzare l'attività di ricovero svolta in Azienda nel corso dell'anno precedente, lo staff della Direzione Sanitaria Aziendale ha ricalcolato per singola Unità Operativa tutti gli indicatori classici e SIVEAS/PNE (*tabelle 13 e 14*) già mi-

surati nel febbraio 2014, compresi quelli per i quali non erano stati successivamente individuati specifici obiettivi di budget. I dati necessari al calcolo di tali indicatori sono stati estrapolati dal database SDO aziendale, mediante l'impiego del sistema operativo di analisi Quany SDO, al completamento dell'attività di trasmissione dei "Flussi A" in ARSAN.

Individuazione degli obiettivi sanitari ed economico-gestionali per l'anno 2015

Sulla scorta delle attività sopra descritte, il Comitato di budget ha definito uno specifico pannello di obiettivi di budget sia per le Unità Operative con attività di ricovero che per le strutture afferenti al Dipartimento dei Servizi Diagnostici.

Fase di negoziazione degli obiettivi con Dipartimenti ed Unità Operative

Nel febbraio 2015, completata l'analisi quali-quantitativa dell'attività di ricovero relativa all'anno precedente, il Comitato di budget ha indetto, per singolo Dipartimento Aziendale, uno o più incontri di negoziazione al fine di condividere con i partecipanti gli obiettivi sanitari ed economico-gestionali proposti per i corrispondenti CdR.

Analogamente a quanto fatto nel biennio 2013-2014, nel corso degli incontri, il Comitato ha illustrato ai presenti la metodologia adottata per l'individuazione degli obiettivi di budget ed ha attentamente valutato le eventuali proposte o richieste avanzate.

Fase di reporting e verifica dei risultati

Nel corso dell'anno, utilizzando una reportistica appositamente predisposta, il Comitato di budget ha monitorato l'andamento delle attività con cadenza trimestrale così da evidenziare le eventuali criticità presenti e predisporre le relative azioni correttive.

Al termine del 2015, tutti gli obiettivi assegnati ai CdR aziendali sono stati oggetto di valutazione ai fini del sistema premiante.

5. RISULTATI

Nel corso del triennio 2013-2015, la Direzione Strategica dell'Azienda dei Colli ha attuato numerosi interventi volti a razionalizzare ed implementare l'offerta chirurgica aziendale. Tali interventi hanno incluso sia l'ammodernamento strutturale e tecnologico delle aree deputate allo svolgimento delle attività chirurgiche, sia l'adozione di nuove soluzioni organizzative tese a migliorare l'appropriatezza dei singoli percorsi assistenziali e la qualità delle interfacce operative esistenti tra i processi.

Tra gli interventi organizzativi di maggior rilievo si ricordano:

- l'informatizzazione delle liste di attesa per le attività di ricovero chirurgico;
- la centralizzazione dell'attività di preospedalizzazione e la sua estensione alla quasi totalità delle branche chirurgiche aziendali;
- la realizzazione di percorsi diagnostico-terapeutici trasversali, fondati sull'utilizzo integrato delle risorse umane e strutturali dei diversi Ospedali aziendali;
- l'adozione di una nuova metodologia di budgeting, fortemente condivisa con gli operatori e incentrata sul perseguimento di obiettivi qualitativi di efficacia ed efficienza strettamente correlati ai percorsi assistenziali.

Tali azioni hanno permesso di ridurre i tempi di attesa per gli interventi programmati, ottimizzare l'uso delle sedute operatorie e migliorare il grado di appropriatezza dei ricoveri chirurgici, garantendo una maggiore flessibilità organizzativa ed un più efficiente utilizzo delle risorse disponibili.

Agli interventi di tipo organizzativo sono stati, come detto, associati notevoli investimenti in interventi strutturali (es. la realizzazione di sale operatorie integrate 3D e la ristrutturazione di molte delle unità di degenza chirurgiche dell'Ospedale Monaldi) e in apparecchiature biomedicali (es. l'acquisizione del sistema di tomografia a coerenza ottica 3D dell'Oculistica, del sistema Laser Tullio dell'Urologia, del sistema di video laparoscopia HD della Chirurgia Generale CTO e del sistema di colonna artroscopica HD dell'Ortopedia Monaldi).

Per effetto dei molteplici interventi realizzati, nel triennio 2013-2015, sono stati registrati un notevole incremento del numero di ricoveri ordinari chirurgici effettuati in Azienda (22,38%) ed un aumento della percentuale di dimessi con DRG chirurgico sui

dimessi ordinari totali (14,09%) (*tabella 19*). Sono stati, inoltre, osservati una riduzione di quasi il 33% della degenza media pre-operatoria per gli interventi in elezione a parità di peso medio e, quindi, di complessità della casistica trattata. L'aumento del numero dei ricoveri chirurgici, in assenza di variazioni del case mix, ha inoltre determinato un notevole incremento (37,19%) dei ricavi per i DRG prodotti (*tabella 19*).

Variazioni analoghe a quelle osservate a livello aziendale sono state rilevate anche analizzando singolarmente i ricoveri chirurgici degli Ospedali Monaldi e CTO. Il trend registrato per l'Ospedale CTO risulta, tuttavia, influenzato dal fatto che, in applicazione di quanto previsto dall'Atto Aziendale, nel mese di febbraio 2013, l'Unità Operativa di Chirurgia Generale dell'Ospedale Cotugno è stata trasferita presso questa struttura.

I *grafici* da 1 a 5 descrivono, per singolo Ospedale, l'andamento degli indicatori relativi all'attività di ricovero chirurgica svolta nel periodo 2012-2015.

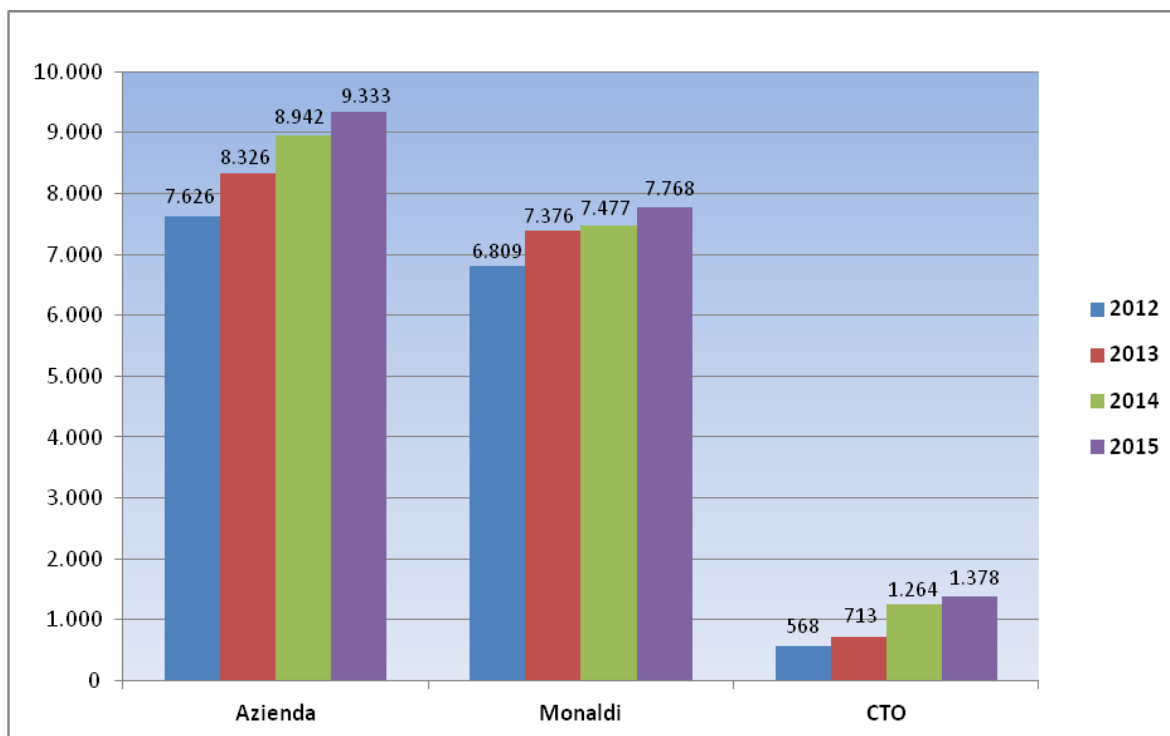
**TABELLA 19 - ANDAMENTO DEI RICOVERI ORDINARI CHIRURGICI
NEL PERIODO 2012-2015**

AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI						
Anno	Dimessi chirurgici	% Dimessi chirurgici sui dimessi totali	Degenza media pre-operatoria	Degenza media post-operatoria	Peso medio	Rimborso
2012	7.626	37,84%	3,74	4,57	2,06	€ 51.247.447
2013	8.326	40,69%	3,52	4,25	2,08	€ 57.466.794
2014	8.942	42,30%	3,04	4,64	2,13	€ 69.543.954
2015	9.333	43,17%	2,51	4,76	2,05	€ 70.306.992
Trend	22,38%	14,09%	-32,89%	4,16%	-0,49%	37,19%

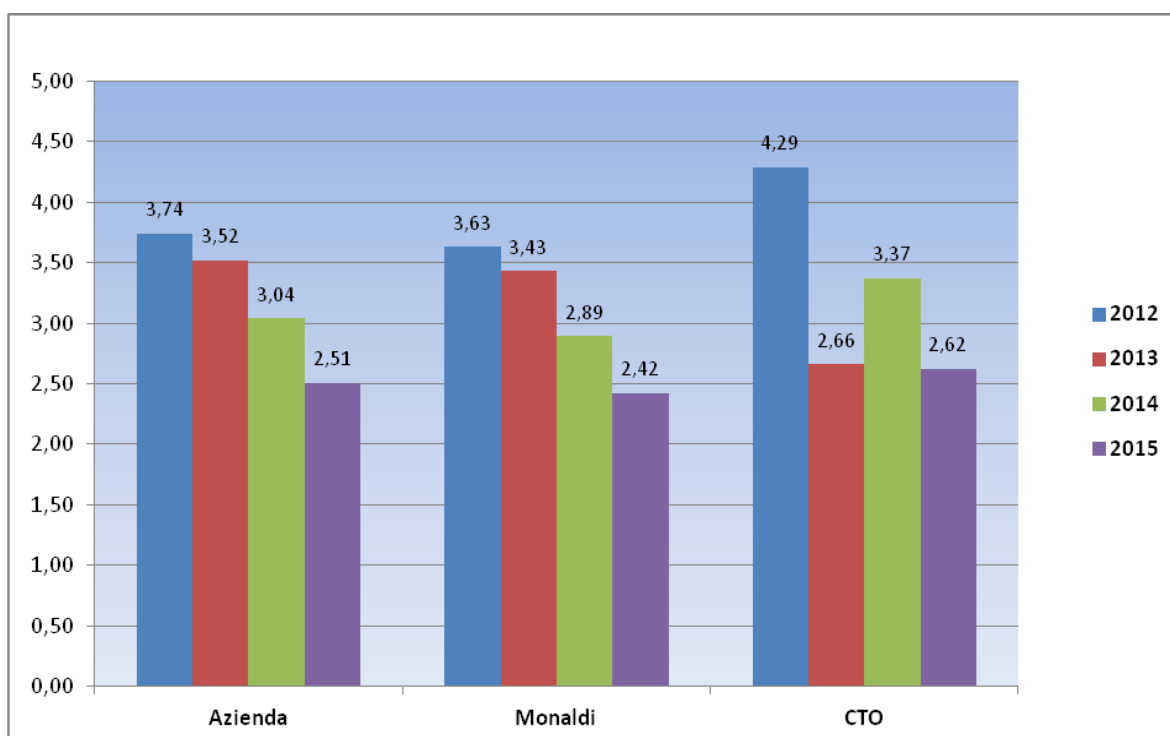
OSPEDALE MONALDI						
Anno	Dimessi chirurgici	% Dimessi chirurgici sui dimessi totali	Degenza media pre-operatoria	Degenza media post-operatoria	Peso medio	Rimborso
2012	6.809	45,20%	3,63	4,32	2,09	€ 46.300.583
2013	7.376	47,50%	3,43	4,03	2,09	€ 51.294.083
2014	7.477	47,04%	2,89	4,30	2,17	€ 59.259.472
2015	7.768	47,97%	2,42	4,61	2,08	€ 59.648.795
Trend	14,08%	6,13%	-33,33%	6,71%	-0,48%	28,91%

OSPEDALE CTO						
Anno	Dimessi chirurgici	% Dimessi chirurgici sui dimessi totali	Degenza media pre-operatoria	Degenza media post-operatoria	Peso medio	Rimborso
2012	568	50,35%	4,29	6,15	1,64	€ 3.043.662
2013	713	49,62%	2,66	4,92	1,80	€ 4.189.573
2014	1.264	59,76%	3,37	6,22	1,74	€ 7.840.351
2015	1.378	55,93%	2,62	5,39	1,74	€ 8.425.133
Trend	142,61%	11,08%	-38,93%	-12,36%	6,10%	176,81%

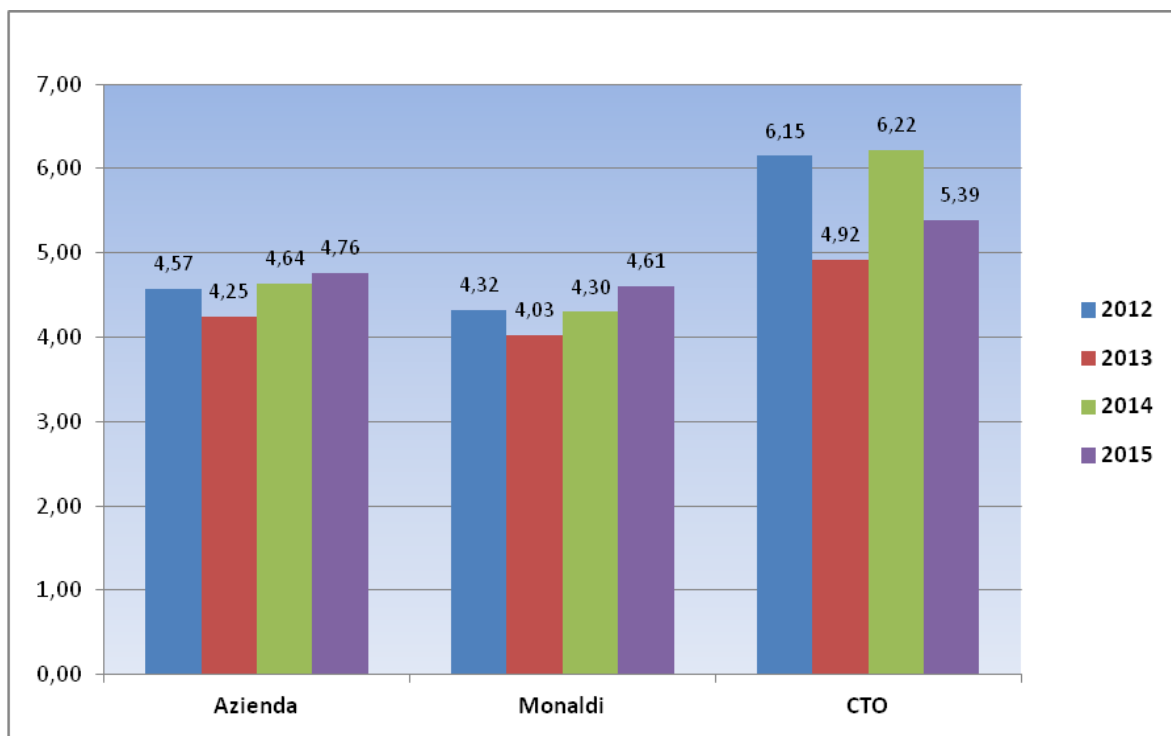
**GRAFICO 1. NUMERO DI RICOVERI ORDINARI CHIRURGICI -
ANDAMENTO NEL PERIODO 2012-2015**



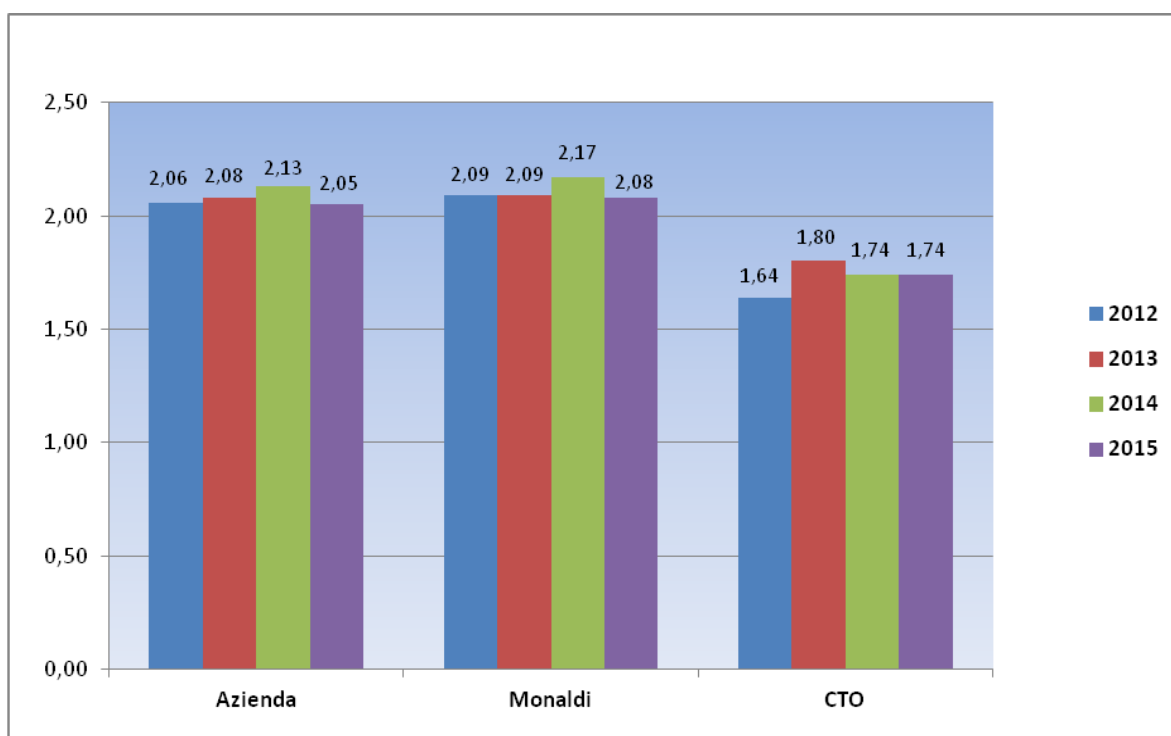
**GRAFICO 2. DEGENZA MEDIA PRE-OPERATORIA -
ANDAMENTO NEL PERIODO 2012-2015**



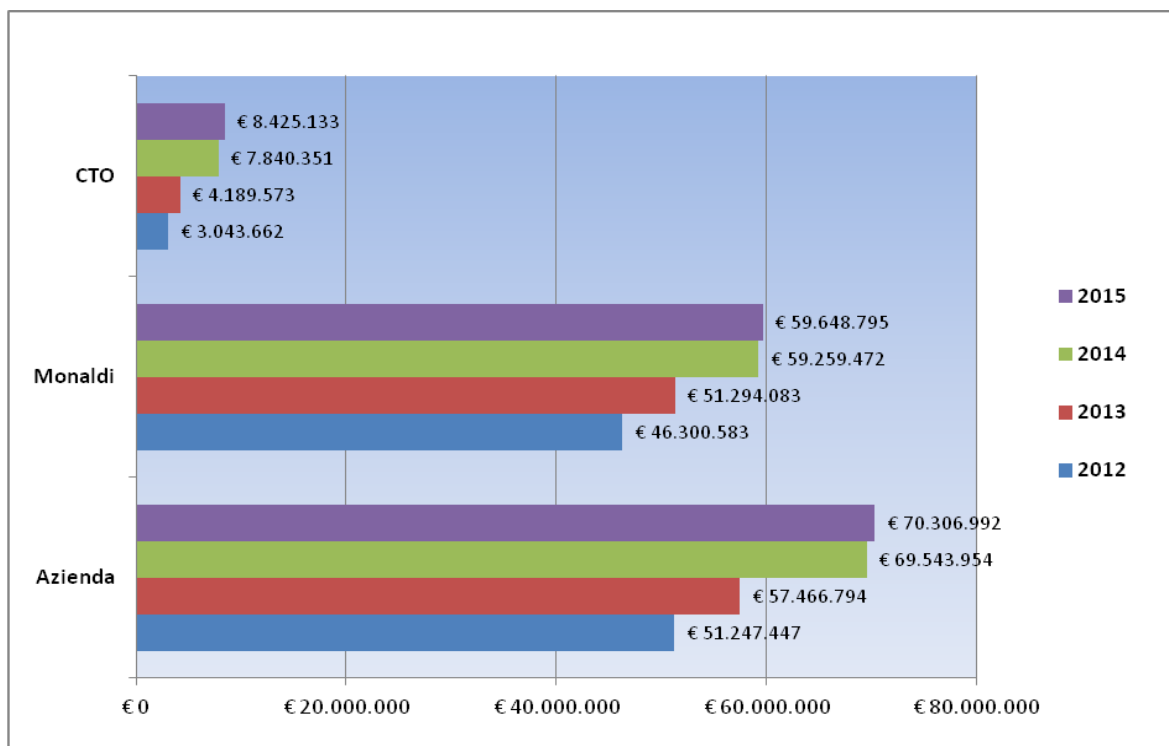
**GRAFICO 3. DEGENZA MEDIA POST-OPERATORIA -
ANDAMENTO NEL PERIODO 2012-2015**



**GRAFICO 4. PESO MEDIO DEI RICOVERI ORDINARI CHIRURGICI -
ANDAMENTO NEL PERIODO 2012-2015**



**GRAFICO 5. RIMBORSO DEI RICOVERI ORDINARI CHIRURGICI -
ANDAMENTO NEL PERIODO 2012-2015**



Relativamente ai ricoveri diurni, nel triennio 2013-2015, in Azienda sono stati registrati un aumento del 37,14% dei dimessi in regime di Day Surgery ed un incremento del 7,14% del peso medio dei DRG prodotti. L'aumento del numero e della complessità dei casi trattati ha determinato, inoltre, un incremento del 47,25% del rimborso ottenuto per tali ricoveri (*tabella 20*).

Le variazioni osservate sono legate ai molteplici interventi messi in atto per potenziare le aree centralizzate dedicate all'attività di Day Surgery. Tali interventi hanno riguardato:

- l'introduzione di nuovi percorsi per l'ottimizzazione delle sedute operatorie;
- la definizione congiunta, da parte di anestesisti e chirurghi, di "profili base" di esami pre-operatori distinti per tipologia di procedura chirurgica;
- l'informatizzazione delle liste di attesa di Day Surgery di tutte le Unità Operative chirurgiche dell'Azienda;
- l'inserimento di "profili base" di esami pre-operatori nel programma informatico per la gestione dei ricoveri, contestualmente alla configurazione delle liste di attesa informatizzate.

Come evidenziato per l'attività di ricovero ordinario, anche per i Day Surgery, variazioni analoghe a quelle osservate a livello aziendale sono state rilevate esaminando singolarmente i ricoveri chirurgici degli Ospedali Monaldi e CTO (*tabella 20*).

**TABELLA 20 - ANDAMENTO DEI RICOVERI DI DAY SURGERY
NEL PERIODO 2012-2015**

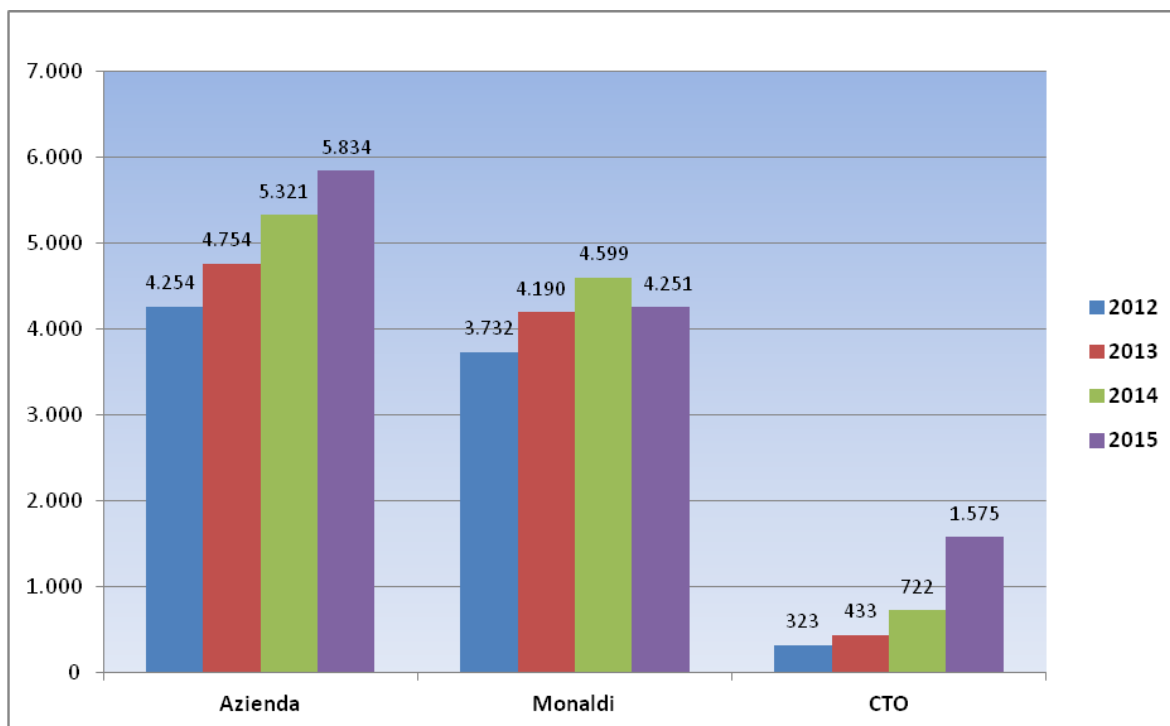
AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI				
Anno	Dimessi	Peso medio	Posti letto attivi	Rimborso
2012	4.254	0,84	17	€ 6.150.849
2013	4.754	0,85	19	€ 7.229.799
2014	5.321	0,88	20	€ 8.106.024
2015	5.834	0,90	25	€ 9.056.977
Trend	37,14%	7,14%	47,06%	47,25%

OSPEDALE MONALDI				
Anno	Dimessi	Peso medio	Posti letto attivi	Rimborso
2012	3.732	0,83	12	€ 5.360.231
2013	4.190	0,84	12	€ 6.318.399
2014	4.599	0,87	13	€ 6.939.091
2015	4.251	0,85	13	€ 6.159.092
Trend	13,91%	2,41%	8,33%	14,90%

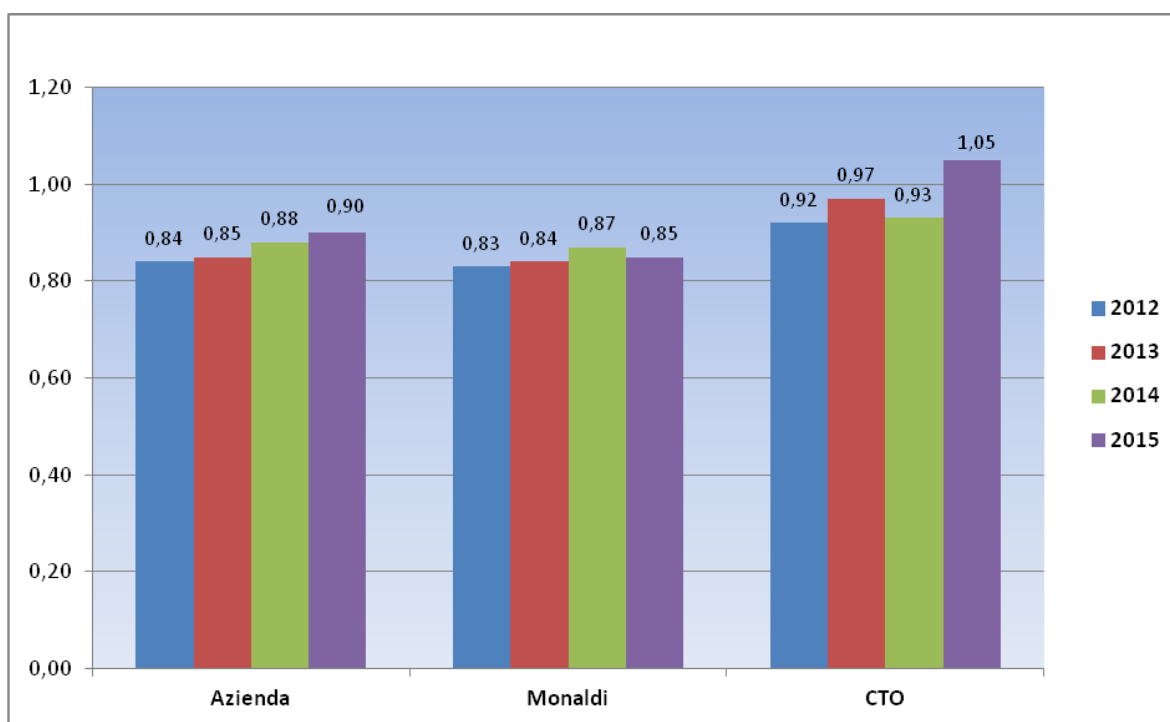
OSPEDALE CTO				
Anno	Dimessi	Peso medio	Posti letto attivi	Rimborso
2012	323	0,92	3	€ 572.698
2013	433	0,96	7	€ 735.639
2014	722	0,93	7	€ 1.153.097
2015	1.575	1,05	12	€ 2.884.029
Trend	387,62%	14,13%	300,00%	403,59%

I *grafici 6, 7 e 8* descrivono, per singolo Ospedale, l'andamento degli indicatori relativi all'attività di Day Surgery svolta nel periodo 2012-2015.

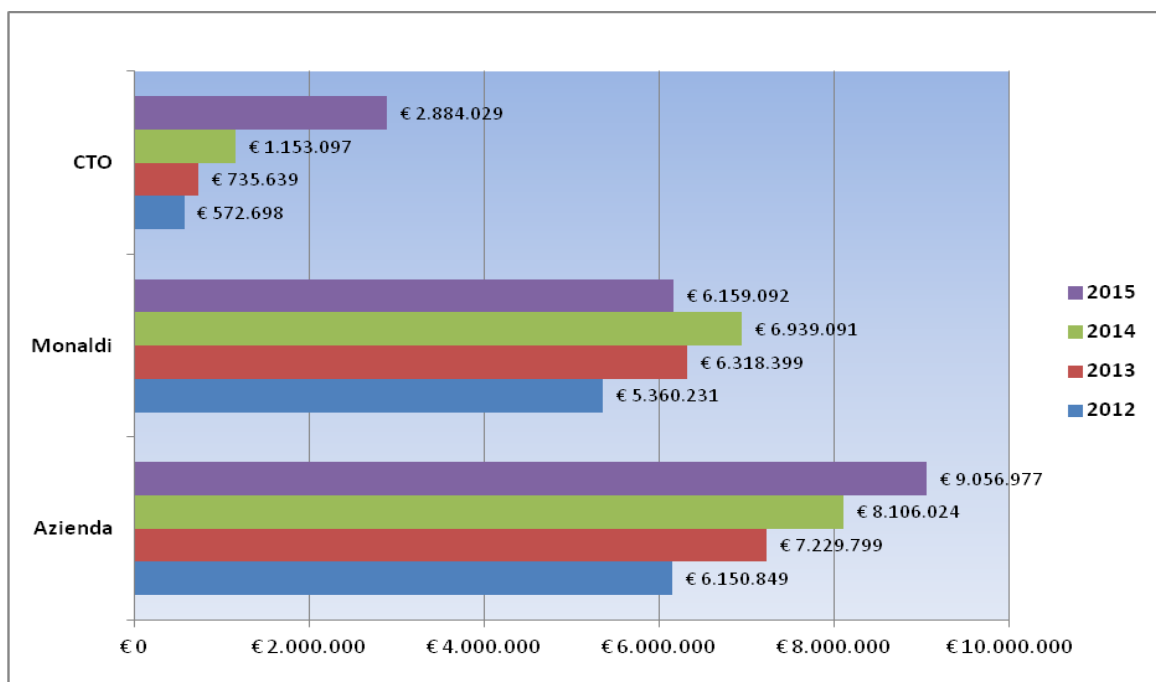
**GRAFICO 6. NUMERO DI RICOVERI DI DAY SURGERY -
ANDAMENTO NEL PERIODO 2012-2015**



**GRAFICO 7. PESO MEDIO DEI RICOVERI DI DAY SURGERY -
ANDAMENTO NEL PERIODO 2012-2015**



**GRAFICO 8. RIMBORSO DEI RICOVERI DI DAY SURGERY -
ANDAMENTO NEL PERIODO 2012-2015**



Gli interventi organizzativo-gestionali realizzati durante il triennio 2013-2015 hanno, inoltre, condotto al raggiungimento di elevati livelli di appropriatezza, in accordo con gli indirizzi del PSR³⁷ e del DCA n. 49/2010³⁸. In tal senso, fondamentali sono stati:

- la definizione di percorsi multidisciplinari per la presa in carico dei pazienti affetti da patologie orto-traumatologiche (es. fratture di femore, degenerazione artrosica di anca o ginocchio), dalla fase di acuzie all'assistenza riabilitativa;
- la definizione di percorsi per la razionalizzazione delle sedute operatorie;
- la definizione di percorsi per l'abbattimento dei tempi di attesa nelle aree di urologia e chirurgia toracica, basati sull'impiego di risorse destinate all'attività intramoenia per pagare sedute operatorie aggiuntive da svolgersi in orario pomeridiano;
- l'assegnazione di obiettivi di budget correlati ai suddetti percorsi.

Si riporta di seguito l'andamento degli indicatori di appropriatezza correlati a cinque delle prestazioni sottoposte a monitoraggio nell'ambito del Programma Nazionale Esiti:

- le colecistectomie laparoscopiche (*tabella 21 e grafico 9*);
- gli interventi di riparazione di frattura di femore (*tabella 22 e grafico 10*);
- gli interventi di impianto di protesi d'anca (*tabella 23 e grafici 11-14*);
- gli interventi di impianto di protesi di ginocchio (*tabella 24 e grafici 15-18*).

**TABELLA 21 - INDICATORI DI APPROPRIATEZZA
PER INTERVENTI DI COLECISTECTOMIA**

AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI			
Anno	N. colecistectomie laparoscopiche	% colecistectomie laparoscopiche sul totale delle colecistectomie	% colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria < 4 gg
2012	312	100%	92,9%
2013	245	100%	94,3%
2014	361	100%	92,0%
2015	518	100%	92,5%
Trend	66,03%	0,00%	-0,43%

UOC CHIRURGIA GENERALE (MONALDI)			
Anno	N. colecistectomie laparoscopiche	% colecistectomie laparoscopiche sul totale delle colecistectomie	% colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria < 4 gg
2012	288	100%	95,9%
2013	234	100%	95,3%
2014	296	100%	92,0%
2015	445	100%	93,5% (< 3 giorni)
Trend	54,51%	0,00%	-2,50%

UOC CHIRURGIA GENERALE (CTO)			
Anno	N. colecistectomie laparoscopiche	% colecistectomie laparoscopiche sul totale delle colecistectomie	% colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria < 4 gg
2012	24	100%	58,8%
2013	11	100%	72,7%
2014	65	100%	91,0%
2015	73	100%	86,3% (< 3 giorni)
Trend	204,17%	0,00%	46,77%

**TABELLA 22 - INDICATORI DI APPROPRIATEZZA
PER RIPARAZIONE DI FRATTURA DI FEMORE**

AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI		
Anno	N. pazienti operati per riparazione di frattura di femore	% interventi di riparazione di fratture di femore effettuati entro 48 ore dal ricovero
2012	60	10,0%
2013	39	38,5%
2014	32	59,4%
2015	52	61,5%
Trend	-13,33%	515,00%

UOC ORTOPEDIA AD INDIRIZZO ARTROSCOPICO (CTO)		
Anno	N. pazienti operati per riparazione di frattura di femore	% interventi di riparazione di fratture di femore effettuati entro 48 ore dal ricovero
2012	40	5,0%
2013	22	13,6%
2014	21	66,7%
2015	38	68,1%
Trend	-5,00%	1.262,00%

UOC ORTOPEDIA AD INDIRIZZO RIGENERATIVO (CTO)		
Anno	N. pazienti operati per riparazione di frattura di femore	% interventi di riparazione di fratture di femore effettuati entro 48 ore dal ricovero
2012	20	20,0%
2013	17	70,6%
2014	11	45,5%
2015	16	47,2%
Trend	-20,00%	136,00%

GRAFICO 9. PERCENTUALE DI COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE CON DEGENZA POST-OPERATORIA < 4 GG - ANDAMENTO NEL PERIODO 2012-2015

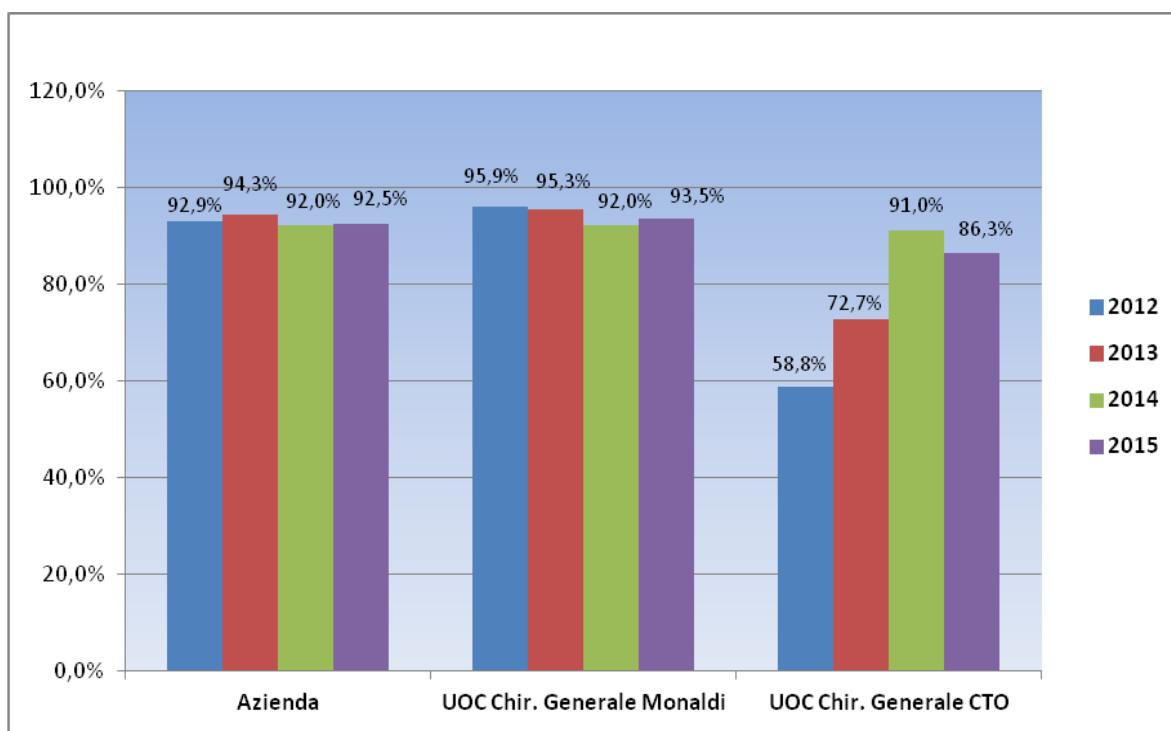


GRAFICO 10. PERCENTUALE DI FRATTURE DI FEMORE OPERATE ENTRO 48 ORE DAL RICOVERO - ANDAMENTO NEL PERIODO 2012-2015

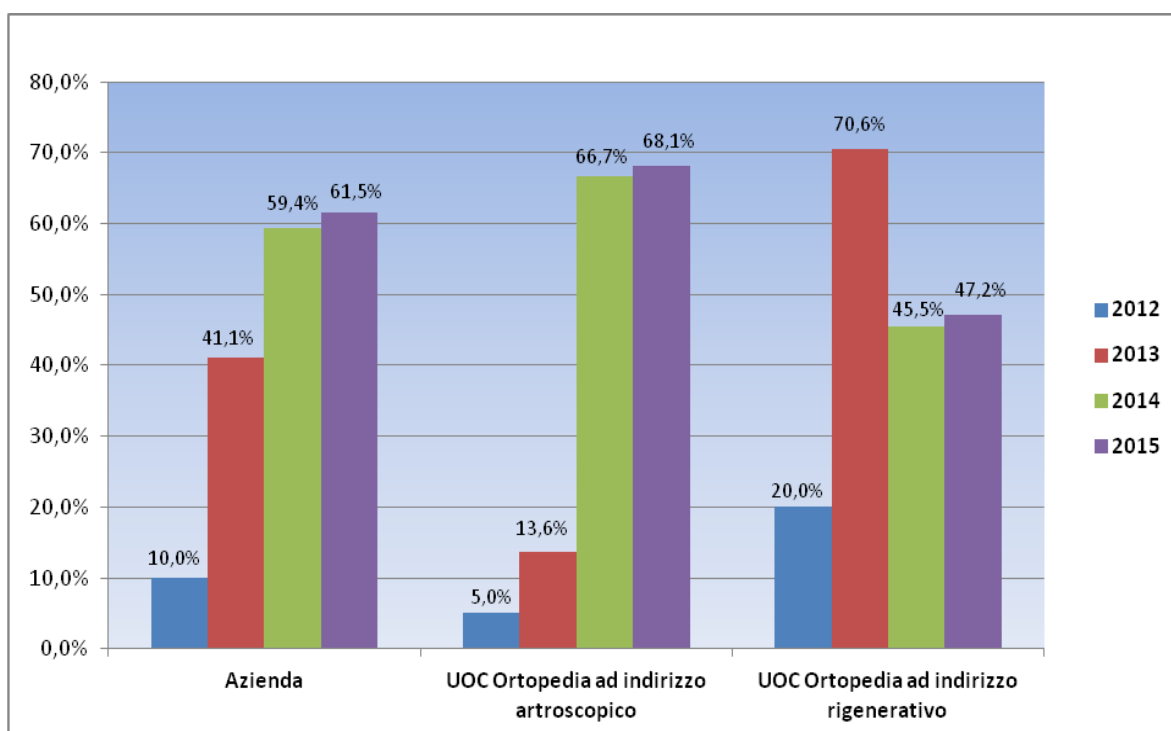


TABELLA 23 - INDICATORI DEL “PERCORSO AZIENDALE PROTESI D’ANCA”

AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI					
Anno	N. protesi impiantate	Tempo di attesa ≤ 60 gg	Degenza pre-operatoria	% ricoveri con degenza post-operatoria ≤ 7 gg	% pazienti trasferiti in riabilitazione in continuità assistenz.
2012	167	49%	7,63	49%	18%
2013	199	84%	3,85	65%	92%
2014	188	97%	3,28	70%	95%
2015	193	99%	2,68	69%	97%
Trend	15,57%	102,04%	-64,88%	40,82%	438,89%

UOC ORTOPEDIA AD INDIRIZZO ARTROSCOPICO (CTO)					
Anno	N. protesi impiantate	Tempo di attesa ≤ 60 gg	Degenza pre-operatoria	% ricoveri con degenza post-operatoria ≤ 7 gg	% pazienti trasferiti in riabilitazione in continuità assistenz.
2012	35	9%	5,50	66%	27%
2013	53	87%	1,74	72%	98%
2014	64	98%	1,66	77%	98%
2015	62	99%	2,16	76%	99%
Trend	77,14%	1.000,00%	-60,73%	15,15%	266,67%

UOC ORTOPEDIA PER LA CURA DELLE PATOLOGIE DEGENERATIVE (CTO)					
Anno	N. protesi impiantate	Tempo di attesa ≤ 60 gg	Degenza pre-operatoria	% ricoveri con degenza post-operatoria ≤ 7 gg	% pazienti trasferiti in riabilitazione in continuità assistenz.
2012	56	4%	7,40	25%	18%
2013	75	68%	3,85	70%	97%
2014	67	97%	4,64	51%	97%
2015	63	98%	2,79	65%	99%
Trend	12,50%	2.350,00%	-62,30%	160%	450,00%

UOC ORTOPEDIA AD INDIRIZZO RIGENERATIVO (CTO)					
Anno	N. protesi impiantate	Tempo di attesa ≤ 60 gg	Degenza pre-operatoria	% ricoveri con degenza post-operatoria ≤ 7 gg	% pazienti trasferiti in riabilitazione in continuità assistenz.
2012	76	100%	8,80	59%	14%
2013	71	100%	5,42	56%	81%
2014	57	96%	3,49	86%	91%
2015	68	100%	3,04	66%	95%
Trend	-10,53%	0,00%	-65,45%	11,86%	578,57%

GRAFICO 11. PERCENTUALE DI PAZIENTI SOTTOPOSTI AD ARTROPROTESI D'ANCA CON TEMPO DI ATTESA < 60 GG - ANDAMENTO NEL PERIODO 2012-2015

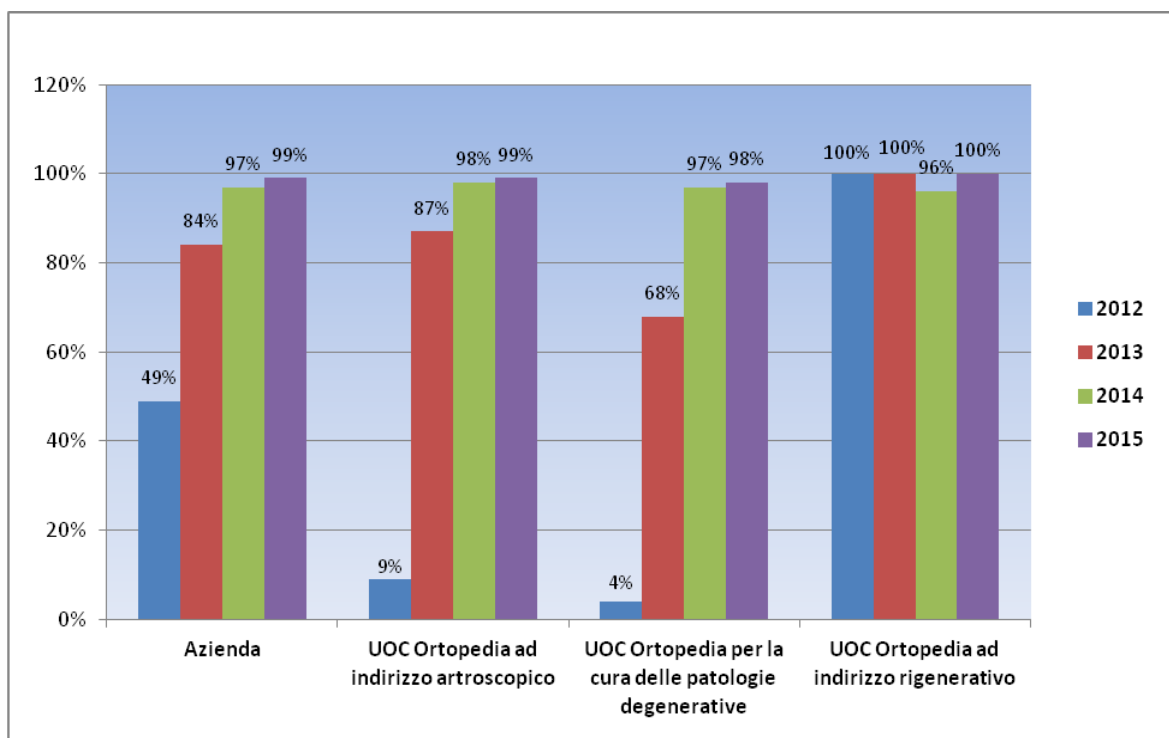
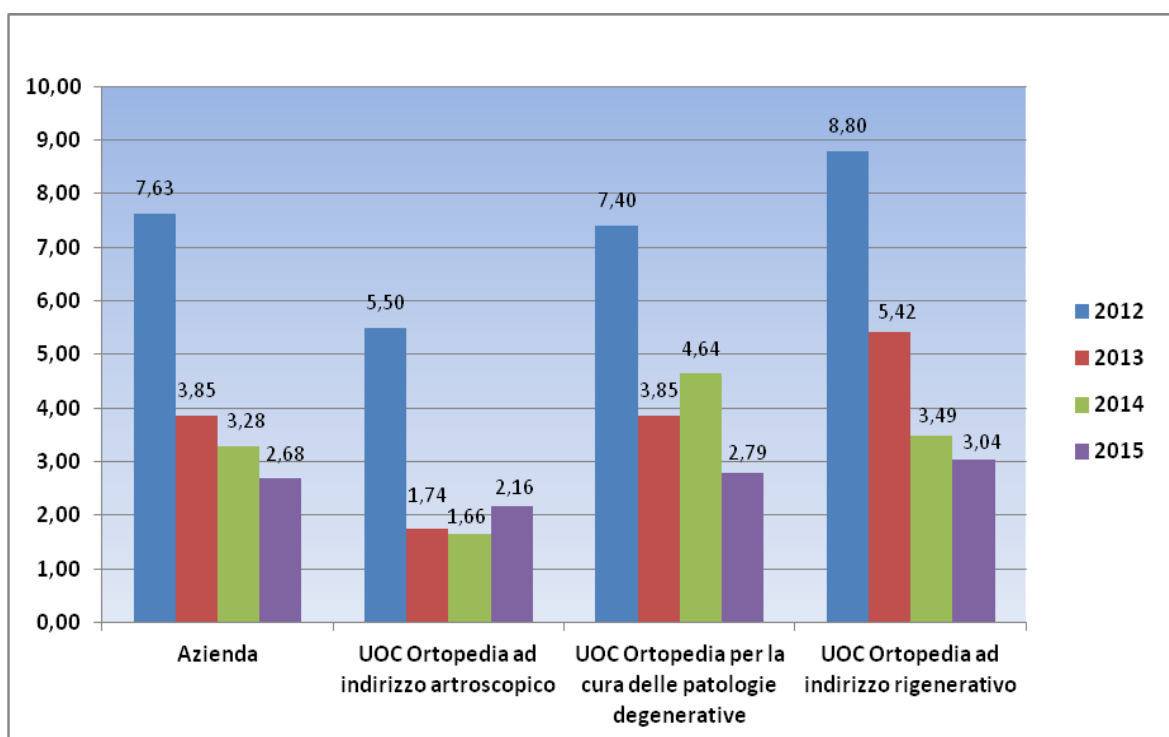
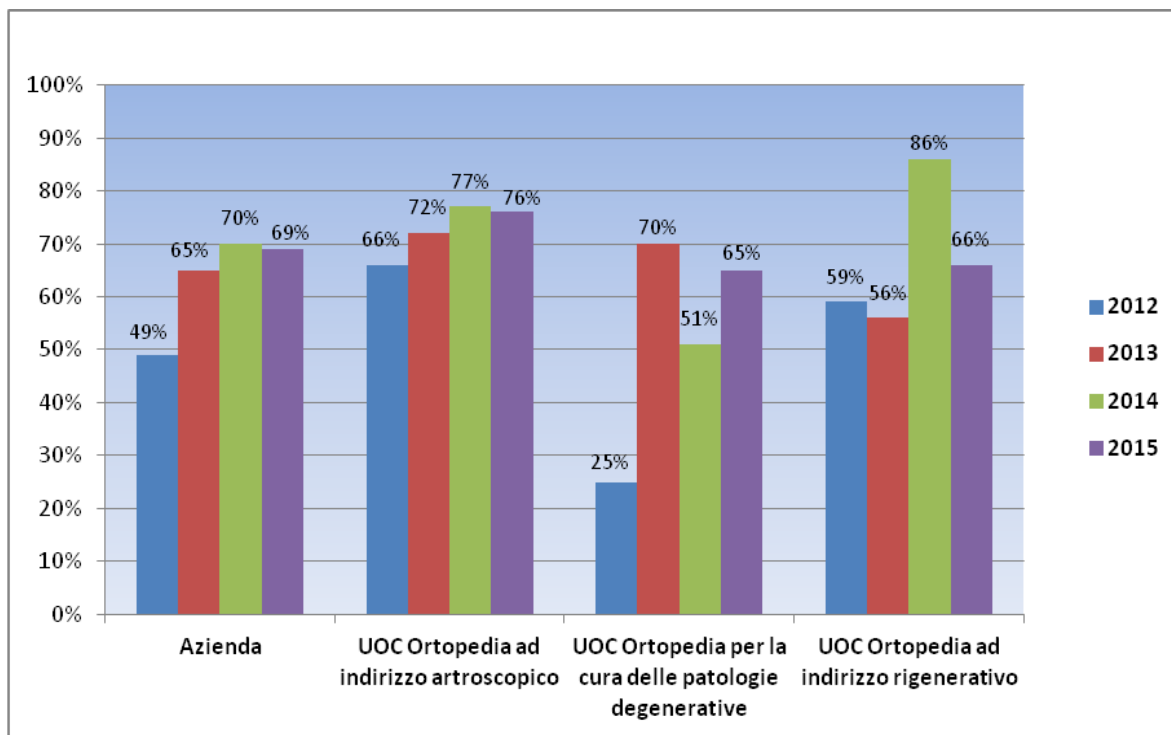


GRAFICO 12. DEGENZA MEDIA PRE-OPERATORIA PER ARTROPROTESI D'ANCA ANDAMENTO NEL PERIODO 2012-2015



**GRAFICO 13. DEGENZA MEDIA POST-OPERATORIA PER ARTROPROTESI D'ANCA
ANDAMENTO NEL PERIODO 2012-2015**



**GRAFICO 14. PERCENTUALE DI PAZIENTI TRASFERITI IN RIABILITAZIONE
IN CONTINUITÀ ASSISTENZIALE - ANDAMENTO NEL PERIODO 2012-2015**

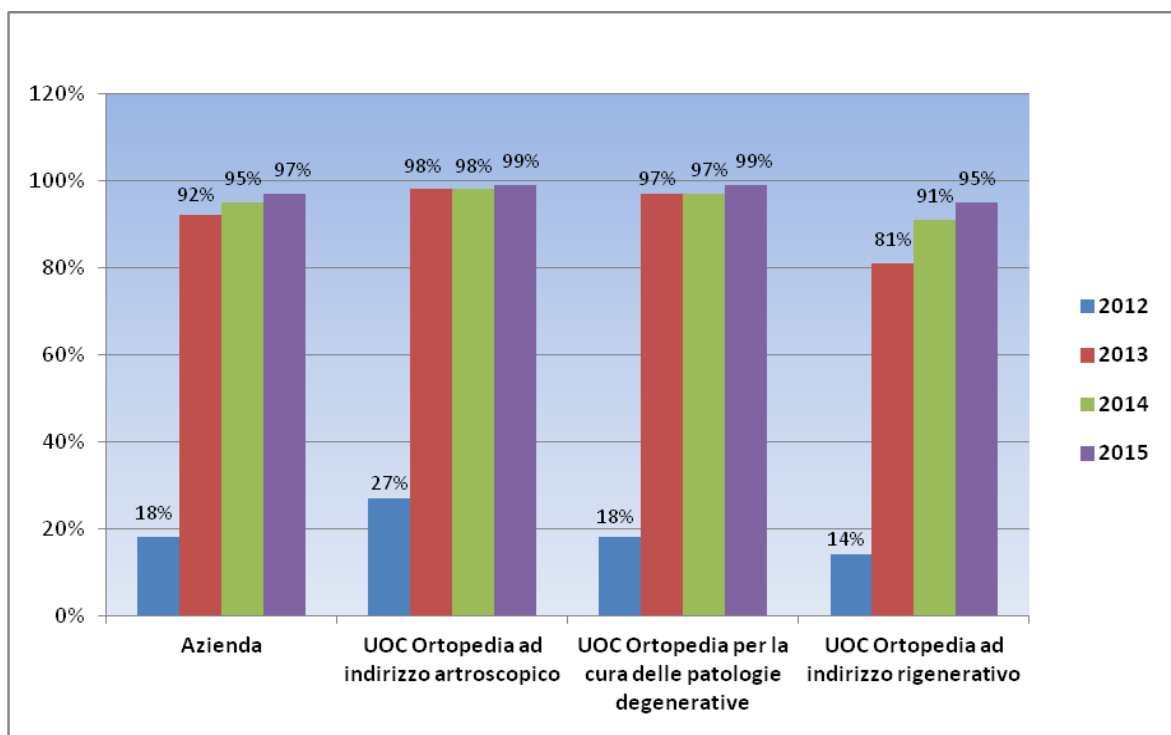


TABELLA 24 - INDICATORI DEL “PERCORSO AZIENDALE PROTESI DI GINOCCHIO”

AZIENDA OSPEDALIERA DEI COLLI					
Anno	N. protesi impiantate	Tempo di attesa ≤ 60 gg	Degenza pre-operatoria	% ricoveri con degenza post-operatoria ≤ 7 gg	% pazienti trasferiti in riabilitazione in continuità assistenz.
2012	82	55%	4,70	27%	46%
2013	97	77%	2,90	73%	95%
2014	122	99%	2,89	71%	97%
2015	136	100%	1,86	74%	99%
Trend	65,85%	81,82%	-60,43%	174,07%	115,22%

UOC ORTOPEDIA AD INDIRIZZO ARTROSCOPICO (CTO)					
Anno	N. protesi impiantate	Tempo di attesa ≤ 60 gg	Degenza pre-operatoria	% ricoveri con degenza post-operatoria ≤ 7 gg	% pazienti trasferiti in riabilitazione in continuità assistenz.
2012	16	31%	3,70	31%	22%
2013	23	87%	1,26	87%	98%
2014	30	100%	1,03	97%	98%
2015	37	100%	1,22	87%	99%
Trend	131,25%	222,58%	-67,03%	180,65%	350,00%

UOC ORTOPEDIA PER LA CURA DELLE PATOLOGIE DEGENERATIVE (CTO)					
Anno	N. protesi impiantate	Tempo di attesa ≤ 60 gg	Degenza pre-operatoria	% ricoveri con degenza post-operatoria ≤ 7 gg	% pazienti trasferiti in riabilitazione in continuità assistenz.
2012	50	48%	3,80	20%	60%
2013	54	65%	2,19	60%	98%
2014	75	100%	3,39	56%	98%
2015	66	100%	2,15	76%	99%
Trend	32,00%	108,33%	-43,42%	280,00%	65,00%

UOC ORTOPEDIA AD INDIRIZZO RIGENERATIVO (CTO)					
Anno	N. protesi impiantate	Tempo di attesa ≤ 60 gg	Degenza pre-operatoria	% ricoveri con degenza post-operatoria ≤ 7 gg	% pazienti trasferiti in riabilitazione in continuità assistenz.
2012	16	100%	8,70	62%	27%
2013	20	100%	6,50	75%	81%
2014	17	98%	3,94	88%	90%
2015	23	100%	2,04	78%	99%
Trend	43,75%	0,00%	-76,55%	25,81%	266,67%

GRAFICO 15. PERCENTUALE DI PAZIENTI SOTTOPOSTI AD ARTROPROTESI DI GINOCCHIO CON TEMPO DI ATTESA < 60 GIORNI - ANDAMENTO 2012-2015

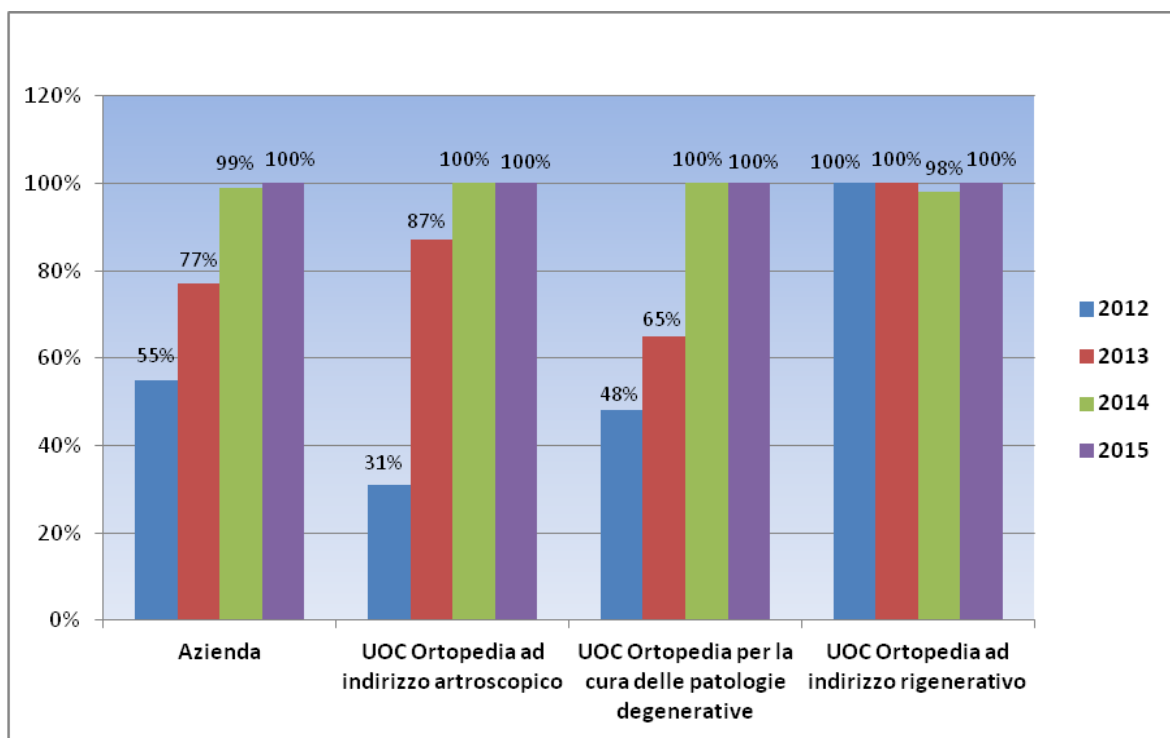


GRAFICO 16. DEGENZA MEDIA PRE-OPERATORIA PER ARTROPROTESI DI GINOCCHIO - ANDAMENTO NEL PERIODO 2012-2015

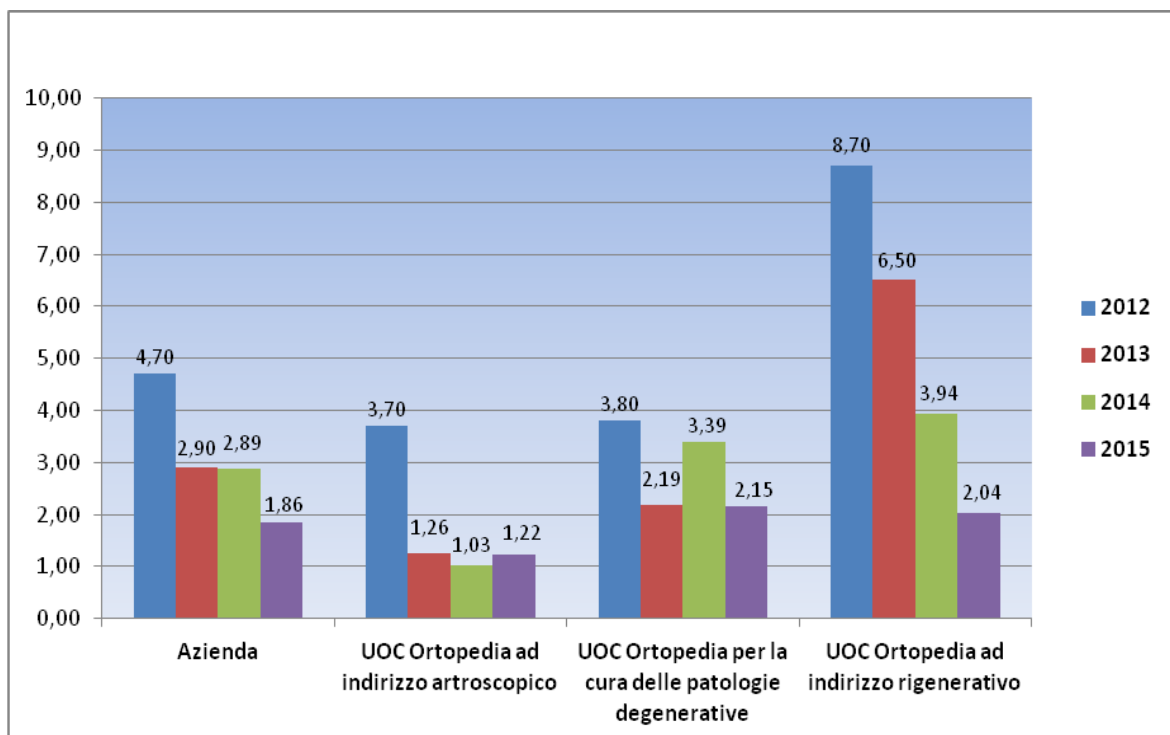


GRAFICO 17. DEGENZA MEDIA POST-OPERATORIA PER ARTROPROTESI DI GINOCCHIO - ANDAMENTO NEL PERIODO 2012-2015

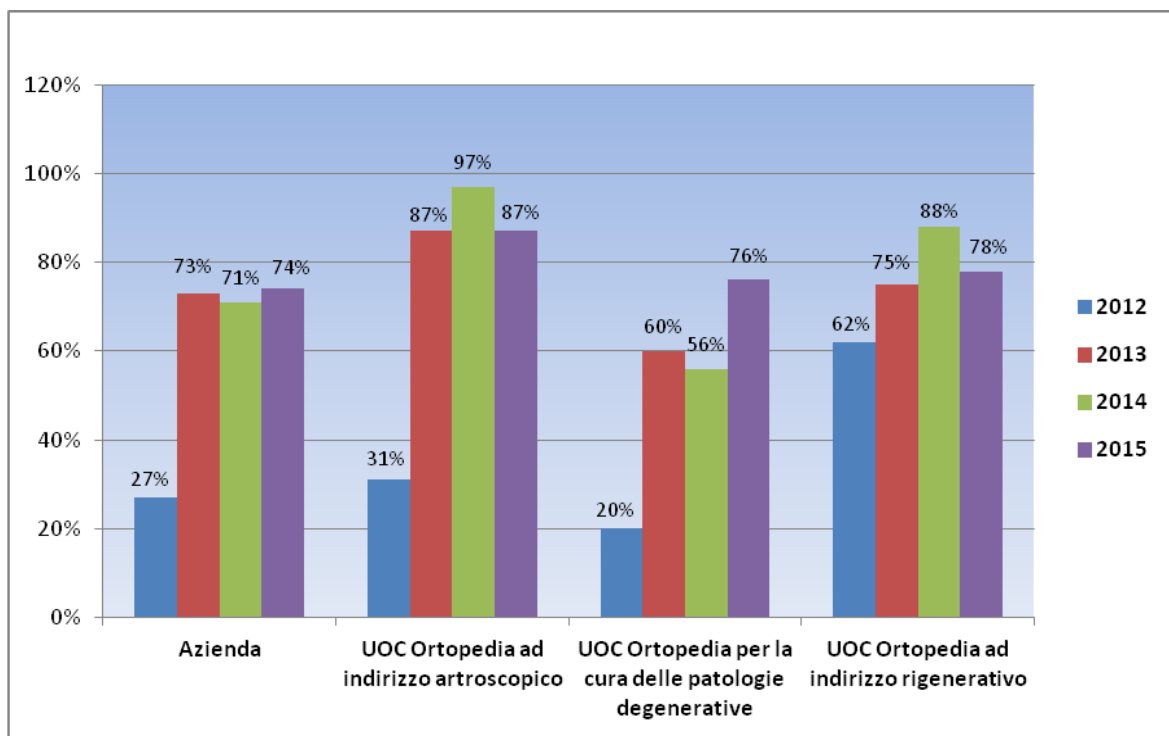
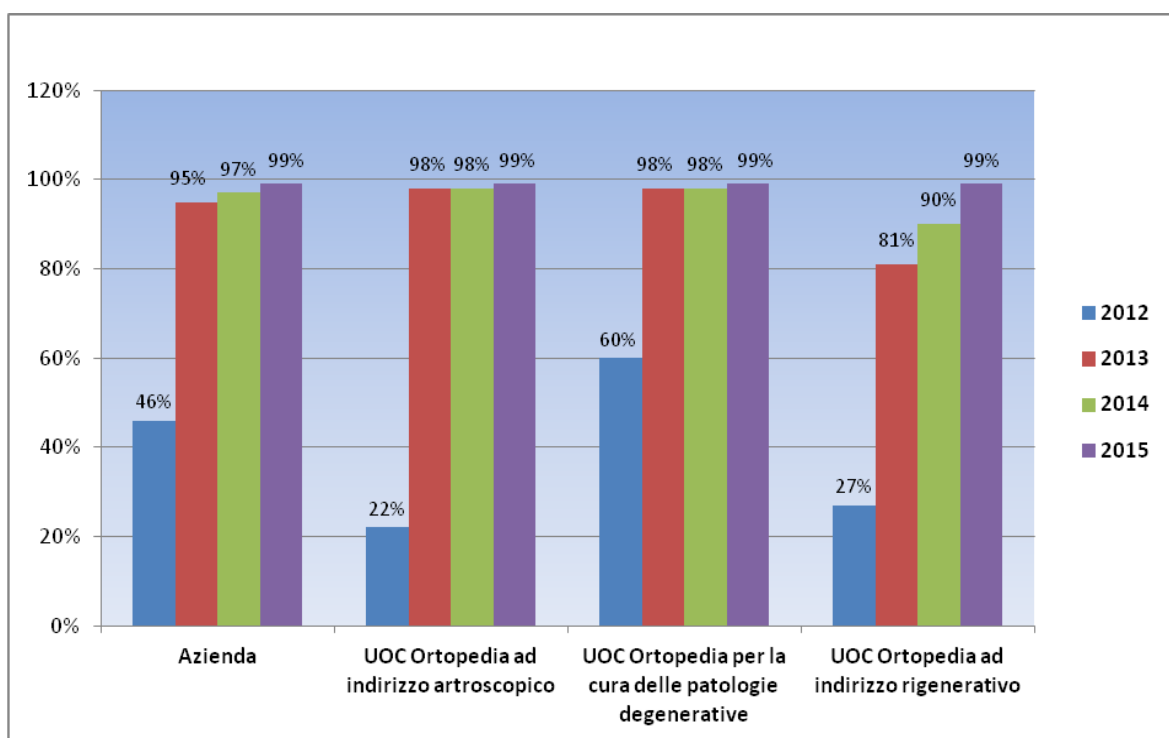


GRAFICO 18. PERCENTUALE DI PAZIENTI TRASFERITI IN RIABILITAZIONE IN CONTINUITÀ ASSISTENZIALE - ANDAMENTO NEL PERIODO 2012-2015



6. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

L'integrazione tra budgeting e governo clinico, realizzata mediante l'assegnazione di obiettivi di appropriatezza correlati ai percorsi assistenziali, ha rappresentato un tentativo di sviluppare nel contesto operativo di interesse un sistema di “*Integrated Governance*”, inteso come sintesi di strumenti e meccanismi di gestione clinica e finanziaria appropriata ed efficiente. In particolare, la Direzione Strategica, attraverso la “tecnostuttura” del Comitato di budget ha assunto un ruolo attivo nella proposizione e nello sviluppo di standard di qualità clinica adeguati, comunque definiti, controllati e mantenuti dai clinici operanti nella struttura. Il management è diventato un elemento attivo, e non passivo, nel fornire supporto alle necessità della *clinical governance*, determinando le condizioni e fornendo i mezzi per lo sviluppo e la garanzia della qualità clinica delle cure erogate, mentre al medico è stato attribuito il ruolo di snodo, di connessione tra le risorse utilizzate e l'attività prodotta in quanto unica figura in grado di assicurare adeguata efficacia e qualità clinica delle prestazioni. In tal modo, si è cercato di integrare tra loro i diversi settori della *governance* delle organizzazioni sanitarie (clinico, gestionale, finanziario, della ricerca e della formazione) sviluppando un modello unificante che aiutasse l'Azienda a realizzare la propria mission.

L'adozione di questo tipo di modello ha permesso di ottenere, nel triennio 2013-2015, un incremento significativo sia del numero di ricoveri chirurgici effettuati in Azienda (+22,38% di ricoveri ordinari e +37,14% di Day Surgery) che dei ricavi ottenuti per i DRG prodotti (+37,19% per i ricoveri ordinari e +47,25% per i DS). Le azioni intraprese hanno, inoltre, condotto al raggiungimento di elevati livelli di appropriatezza, con una riduzione di quasi il 33% della degenza media pre-operatoria per gli interventi in elezione (a parità di case mix trattato), un incremento del 14,09% della percentuale di dimessi con DRG chirurgico sui dimessi ordinari totali ed un netto miglioramento degli indicatori di appropriatezza relativi a molte delle procedure chirurgiche monitorate nel PNE⁴¹ (colecistectomie laparoscopiche, artroprotesi di anca e di ginocchio, riparazione di frattura di femore).

Tra i principali punti di forza del modello proposto è stato osservato come il budgeting abbia rappresentato un'opportunità di creazione di meccanismi iterativi di negoziazio-

ne-monitoraggio-ridefinizione degli obiettivi, grazie ad un costante confronto tra soggetti collocati ai medesimi o a differenti livelli organizzativi e gerarchici, che in precedenza non avevano frequenti opportunità di contatto e di confronto. Tale processo ha contribuito in modo significativo a chiarire le linee di indirizzo dell'Azienda e ad orientare il lavoro dei singoli operatori, favorendo lo sviluppo di una cultura diffusa della responsabilità verso il conseguimento degli obiettivi strategici individuati ed aumentando il livello di auto-responsabilizzazione individuale.

Il budgeting ha permesso, inoltre, di diffondere in azienda una cultura del confronto e dinamiche di lavoro in team, con il superamento di logiche autoreferenziali e lo sviluppo di capacità di analisi relative all'effettiva capacità di perseguimento degli obiettivi.

Trattandosi di un processo bidirezionale, il budgeting ha, infine, presentato l'indubbio vantaggio di affiancare al controllo e alla responsabilizzazione dei dipendenti, la possibilità per i singoli CdR di avanzare proposte strategiche che sono state valutate e molti casi recepite dai vertici aziendali.

Sempre relativamente alla strutturazione del processo di budget, l'assegnazione di obiettivi di appropriatezza correlati ai percorsi assistenziali ha migliorato l'adesione degli operatori ai PDTA ed ha notevolmente ridotto il rischio, non trascurabile in fase di applicazione sperimentale, di difetti di continuità e di integrazione, migliorando le "interfacce" tra Unità Operative differenti ed, in particolare, tra Unità Operative di ricovero e servizi diagnostici.

Ulteriori punti di forza sono stati la differenziazione degli obiettivi alla luce delle specifiche mission dei vari CdR aziendali e il riconoscimento della maggiore o minore complessità e strategicità di alcuni di obiettivi rispetto ad altri, realizzato attraverso un'attenta operazione di "pesatura".

In aggiunta ai punti di forza sopra descritti, nel triennio di applicazione sperimentale, il modello gestionale proposto ha mostrato tuttavia anche dei punti di debolezza.

In tal senso, la principale criticità emersa nelle fasi iniziali di applicazione del budgeting è stata la mancanza da parte Direttori dei CdR aziendali di un adeguato background culturale in materia di budgetizzazione. Tale lacuna ha richiesto la realizzazione di due eventi formativi specifici, tenuti rispettivamente da personale esterno ed interno all'Azienda. Relativamente al primo evento, è stata stipulata una convenzione con la "SDA Bocconi - School of Management" di Milano a fronte della quale docenti esperti in ma-

teria di Public Management hanno tenuto in loco il Corso di Perfezionamento in tema di budgeting che annualmente si svolge presso la sede centrale dell'Università. Durante il corso, rivolto a Capi Dipartimento e Direttori di UOC, sono stati illustrati:

- ▶ i criteri economici, sanitari ed etici nella formulazione del budget;
- ▶ le possibili modalità di negoziazione degli obiettivi;
- ▶ le principali tipologie di reporting adottabili in un'Azienda Sanitaria;
- ▶ i sistemi di gestione del personale, i meccanismi di incentivazione e la valutazione dei risultati sotto il profilo dell'efficienza e della qualità;
- ▶ il ruolo del budget come strumento di pianificazione, valutazione e controllo della performance.

La formazione tenuta da personale interno è stata successiva al primo evento formativo ed ha previsto la realizzazione, da parte della Direzione Sanitaria Aziendale, di lezioni frontali rivolte a medici e infermieri in cui sono state descritte le modalità di contestualizzazione delle metodologie e degli strumenti teorici descritti dai docenti dell'Università Bocconi nella realtà dell'Azienda dei Colli. Durante le lezioni, sono stati inoltre distribuiti ai partecipanti opuscoli informativi appositamente predisposti.

L'efficacia del processo di budgeting ha anche risentito, in fase iniziale, della scarsità di momenti di comunicazione e confronto tra CdR e, all'interno dei CdR, tra le varie figure professionali coinvolte nell'applicazione dei percorsi assistenziali. Ai fini della risoluzione di tale criticità è stato fondamentale il crescente coinvolgimento del personale di comparto nel perseguimento degli obiettivi di budget, realizzato prevedendo incontri strutturati tra Direzione Strategica, Direttori dei singoli CdR e personale infermieristico, che hanno aiutato a chiarire e condividere con tutto il personale le priorità strategiche dell'Azienda e orientare in modo chiaro i comportamenti degli operatori.

Quali spunti per il futuro sarebbe auspicabile un'implementazione del modello gestionale proposto sia a livello aziendale che a livello regionale. Ai fini dell'implementazione presso l'Azienda Ospedaliera dei Colli, occorrerebbe metter in campo una serie di azioni tali da influenzare in modo ancor più significativo la cultura organizzativa e portare, nel prossimo triennio, ad almeno il 30% la percentuale di obiettivi di area sanitaria proposti direttamente dalle Unità Operative con modalità bottom up. Ciò consentirebbe di impattare in modo considerevole su criticità non direttamente rilevabili dall'analisi dei database aziendali. L'implementazione del modello a livello campano, presuppone,

invece, la sua introduzione presso altre Aziende sanitarie e l'attivo coinvolgimento della politica regionale mediante lo sviluppo di documenti di indirizzo, la promozione di azioni formative e l'individuazione di idonei programmi di benchmarking.

7. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Groll R, Baker R, Moss F. "Quality improvement research: understanding the science of change in health care". London: BMJ Books 2004;
2. Ministero della Salute, "Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico. Manuale per la formazione degli operatori sanitari", 2007;
3. Grilli R, Taroni R., "La gestione del rischio clinico nelle organizzazioni sanitarie"; il Pensiero Scientifico Editore, Novembre 2004;
4. Vincent C., "Patient safety. La sicurezza del paziente". Essedizioni, 2007;
5. Wallace LM, Freeman T, Latham L, Walshe K, Spurgeon P. "Organisational strategies for changing clinical practice: how trusts are meeting the challenges of clinical governance". Qual Saf Health Care 2001; 10: 76-82;
6. Decreto legislativo 30 dicembre 1992 , n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" (G.U. Serie Generale, n. 305 del 30 dicembre 1992);
7. Amigoni F., "I sistemi di controllo direzionale. Criteri di progettazione e impiego", Milano, 1979; pp. XXIX-238;
8. Ansari, S. L., "Towards an open systems approach to budgeting", Accounting, Organizations and Society, 1979; 4(3), 149-161;
9. Argyris, C., "Organizational learning and management information systems", Accounting, Organizations and Society, 1977; 2(2), 113-123;
10. Bartlett, C. A., & Ghoshal, S., "Beyond the M-form: towards a managerial theory of the firm", Strategic Management Journal, 1993; 14, 23-46;
11. Emmanuel, C., Otley, D., & Merchant, K., "Accounting for management control", London: Chapman & Hall, 1990;
12. Hedberg, B., & Jonsson, S., "Designing semi-confusing information systems for organizations in changing environments", Accounting, Organizations and Society, 1978; 3(1), 47-64;
13. Hope, J., & Fraser, R., "Beyond budgeting: how managers can break free from the annual performance trap", Boston, MA: Harvard Business School Press, 2003;
14. Johnson, P., & Gill, J., "Management control and organizational behavior", London: Chapman, 1993;
15. Meyer, J. W., and B. Rowan, "Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony", American Journal of Sociology, 1997; 83: 340-363;

16. DiMaggio, P. J., and W. Powell, 'Introduction' in "The new institutionalism in organizational analysis", W. W. Powell and P. J. DiMaggio (eds), 1991; 1-38. Chicago: University of Chicago Press;
17. Argyris, C., "Organizational effectiveness under stress", *Harvard Business Review*, 1960; 3, 137-146;
18. Hopwood, A. G. (1972), "An empirical study of the role of accounting data in performance evaluation", *Empirical Research in Accounting*, 1972; 12, 156-182 (Supplement to *Journal of Accounting Research*);
19. Brownell, P., "Leadership style, budgetary participation and managerial behaviour", *Accounting, Organizations and Society*, 1983; 8, 307-322;
20. Burt, R. S., "Models of network structure", *Annual Review of Sociology*, 1980; 6, 79-141.
21. Burt, R. S., "Social contagion and innovation: Cohesion versus structural equivalence", *American Journal of Sociology*, 1987; 92, 1287-1335.
22. Merchant, K. A., "The effects of financial controls on data manipulation and management myopia", *Accounting, Organizations and Society*, 1990; 15, 297-313;
23. Giddens, A., "The Constitution of Society", Polity Press, Cambridge, UK, 1984;
24. Walsham G., "Making a world of Difference: IT in a global context", Wiley, UK, 2001;
25. Macintosh, N. B., "Management accounting and control systems: an organizational and behavioral approach", New York: Wiley, 1995;
26. Ittner, C. D., & Larcker, D. F., "Innovations in performance measurement: trends and research implications", *Journal of Management Accounting Research*, 1998; 10, 205-238;
27. Webb, R. A., "Managers commitment to the goals contained in a strategic performance measurement system", *Contemporary Accounting Research*, 2004; 21, 925-958;
28. Chenhall, R. H., "Management control systems design within its organizational context: findings from contingency-based research and directions for the future", *Accounting, Organizations and Society*, 2003; 28, 127-168;
29. Covalleski, M. A., Evans, J. H., Luft, J. L., & Shields, M. D., "Budgeting research: three theoretical perspectives and criteria for selective integration", *Journal of Management Accounting Research*, 2003; 15, 3-49;
30. Magner, Welker e Campbell, "The interactive effect of budgetary participation and budget favourability on attitudes toward budgetary decision makers: a research note", *Accounting, Organization and Society*, 1995; 20/7-8;

31. Marginson, D., & Ogden, S., "Coping with ambiguity through the budget: the positive effects of budgetary targets on managers' budgeting behaviours", *Accounting, Organizations and Society*, 2005; 30, 435–456;
32. Hall M, "The effect of comprehensive performance measurement systems on role clarity, psychological empowerment and managerial performance", *Accounting, Organization and Society*, 2008; 33, 141-163;
33. Decreto Legge n. 95 del 6 luglio 2012, "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" (GU n. 156 del 06-07-2012 - Suppl. Ordinario n. 141);
34. Legge n. 228 del 24 dicembre 2012, "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (GU n.302 del 29-12-2012 - Suppl. Ordinario n. 212);
35. D.Lgs. n.192 del 9 novembre 2012, "Modifiche al decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, per l'integrale recepimento della direttiva 2011/7/UE relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali, a norma dell'articolo 10, comma 1, della legge 11 novembre 2011, n. 180. (GU Serie Generale n.267 del 15-11-2012);
36. Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 18 novembre 2010;
37. Piano Sanitario Regionale Campania 2011-2013 (BURC n. 32 del 27 Maggio 2011);
38. Decreto del Commissario ad acta n. 49 del 27 settembre 2010, "Riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/ riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza ed efficacia; analisi del fabbisogno e verifica dell'appropriatezza: conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del Piano Ospedaliero regionale in coerenza con il Piano di rientro. Modifiche ed integrazioni" (BURC n. 65 del 28/09/2010);
39. Decreto del Commissario ad acta n. 70 del 2 dicembre 2010, "Costituzione dell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale Monaldi-Cotugno-CTO (BURC n. 81 del 13 dicembre 2010);
40. Ministero della Salute, "Progetto SiVeAS - Sistema di Valutazione della Performance della Sanità Italiana", a cura del Laboratorio Management e Sanità. Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, 2011.
41. Ministero della Salute, "Programma Nazionale Esiti 2014", a cura dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AgeNaS);

42. Accordo Stato-Regioni del 28 Marzo 2006 “Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa del triennio 2006/08, di cui all’art. 1, comma 280 della legge 23.12.2005 n. 266”;
43. DGRC n. 170 del 10 febbraio 2007 “ Piano Regionale Contenimento Tempi di Attesa (PRCTA) 2006-2008” (BURC n. 16 del 26 Marzo 2007);
44. Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2010-2012. Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa;
45. DGRC n. 271 del 12 Giugno 2012, “Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2010-2012”. (BURC n. 65 dell’8 Ottobre 2012);
46. Decreto del Commissario ad acta n. 58 del 30 ottobre 2010, "Definizione soglie di ammissibilità dei DRG ad alto rischio di inappropriately per il ricovero in regime di degenza ordinaria e diurna" (BURC n. 68 del 18 Ottobre 2010);
47. Decreto del Commissario ad acta n. 17 del 20 marzo 2014, “Linee guida per migliorare l’appropriatezza della funzione ospedaliera ed il potenziamento di forme alternative al ricovero. Revoca del Decreto del Commissario ad acta n. 58 del 30.09.2010” (BURC n. 20 del 31 Marzo 2014);
48. Decreto del Commissario ad acta n. 6 del 17 gennaio 2011, “Adozione linee guida per i controlli sulle prestazioni di ricovero e linee guida per la corretta compilazione delle SDO” (BURC n. 15 del 7 Marzo 2011);
49. Decreto del Commissario ad acta n. 23 del 10 marzo 2015, “Percorso riabilitativo unico integrato per il paziente con ictus ai sensi del Piano di indirizzo per la riabilitazione di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 10/2/2011 tra il Governo, le Regioni, e le Province Autonome di Trento e di Bolzano” (BURC n. 19 del 18 Marzo 2015).

6. INDICE DELLE FIGURE

Fig. 1. L'albero di Chamber della clinical governance.....	pag 6
Fig. 2. Fasi di pianificazione e programmazione delle attività aziendali.....	pag 9
Fig. 3. Spesa sanitaria corrente - Anni 2000-2014.....	pag 15
Fig. 4. Disavanzi regionali - Anni 2006-2014.....	pag 17
Fig. 5. Modello di scheda esplicativa per indicatori SIVEAS/AGENAS.....	pag 39
Fig. 6. Ciclo del monitoraggio.....	pag 46
Fig. 7. Scheda di budget 2013 UOC Ortopedia ad ind. rigen. - Obiettivi sanitari.....	pag 48
Fig. 8. Scheda di budget 2013 UOC Chirurgia Generale (0911) - Obiettivi sanitari.....	pag 49
Fig. 9. Budgeting anno 2013 - Matrice delle responsabilità/attività.....	pag 50

7. INDICE DELLE TABELLE

Tab. 1. Organizzazione dipartimentale dell'Azienda Ospedaliera dei Colli.....	pag 19
Tab. 2. UU.OO. afferenti al blocco operatorio dell'Ospedale Monaldi.....	pag 23
Tab. 3. Ric. ordinari 2012 UU.OO. afferenti al blocco operatorio del Monaldi.....	pag 23
Tab. 4. Day surgery 2012 UU.OO. afferenti al blocco operatorio del Monaldi.....	pag 24
Tab. 5. DRG medici dimessi da reparti chirurgici, anno 2012 - Osp. Monaldi.....	pag 24
Tab. 6. UU.OO. afferenti al blocco operatorio dell'Ospedale CTO.....	pag 25
Tab. 7. Ric. ordinari 2012 UU.OO. afferenti al blocco operatorio del CTO.....	pag 26
Tab. 8. Day surgery 2012 UU.OO. afferenti al blocco operatorio del CTO.....	pag 26
Tab. 9. DRG medici dimessi da reparti chirurgici, anno 2012 - Ospedale CTO.....	pag 27
Tab. 10. Percentuale di fratture di femore operate entro 2 giorni - Anno 2012.....	pag 27
Tab. 11. Interventi per impianto di protesi d'anca - Anno 2012.....	pag 28
Tab. 12. Interventi per impianto di protesi di ginocchio - Anno 2012.....	pag 28
Tab. 13. Indicatori classici di assistenza ospedaliera.....	pag 38
Tab. 14. Indicatori ministeriali monitorati nel progetto SIVEAS e nel PNE.....	pag 38
Tab. 15. UOC Ort. a indir. rigenerativo - Scostamento da degenza media campana....	pag 41
Tab. 16. UOC Chirurgia Generale (0911) - Scostamento da degenza media campana..	pag 42
Tab. 17. UOC Ort. a indir. rigenerativo - Scostamento da soglie del DCA 58/2010...	pag 44
Tab. 18. UOC Chirurgia Generale (0911) - Scostamento da soglie del DCA 58/2010..	pag 44
Tab. 19. Andamento dei ricoveri ordinari chirurgici nel periodo 2012-2015.....	pag 61
Tab. 20. Andamento dei ricoveri di day surgery nel periodo 2012-2015.....	pag 65

Tab. 21. Indicatori di appropriatezza per int. di colecistectomia - Trend 2012-2015....	pag 68
Tab. 22. Ind. di appropriatezza per riparaz. di frattura di femore - Trend 2012-2015..	pag 69
Tab. 23. Indicatori “Percorso aziendale protesi d'anca” - Trend 2012-2015.....	pag 71
Tab. 24. Indicatori “Percorso aziendale protesi di ginocchio” - Trend 2012-2015.....	pag 74

8. INDICE DEI GRAFICI

Grafico 1. Numero dei ricoveri ordinari chirurgici - Andamento 2012-2015.....	pag 62
Grafico 2. Degenza media pre-operatoria - Andamento 2012-2015.....	pag 62
Grafico 3. Degenza media post-operatoria - Andamento 2012-2015.....	pag 63
Grafico 4. Peso medio dei ricoveri ordinari chirurgici - Andamento 2012-2015.....	pag 63
Grafico 5. Rimborso dei ricoveri ordinari chirurgici - Andamento 2012-2015.....	pag 64
Grafico 6. Numero di ricoveri di Day Surgery - Andamento 2012-2015.....	pag 66
Grafico 7. Peso medio dei ricoveri di Day Surgery - Andamento 2012-2015.....	pag 66
Grafico 8. Rimborso dei ricoveri di Day Surgery - Andamento 2012-2015.....	pag 67
Grafico 9. % colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 4 giorni - Andamento 2012-2015.....	pag 70
Grafico 10. % fratture di femore operate entro 48 ore - Andamento 2012-2015.....	pag 70
Grafico 11. % artroprotesi d'anca con attesa < 60 giorni - Trend 2012-2015.....	pag 72
Grafico 12. DM pre-operatoria per artroprotesi d'anca - Trend 2012-2015.....	pag 72
Grafico 13. DM post-operatoria per artroprotesi d'anca - Trend 2012-2015.....	pag 73
Grafico 14. % pz trasferiti in riabil. in continuità assistenziale - Trend 2012-2015.....	pag 73
Grafico 15. % artroprotesi di ginocchio con attesa < 60 giorni - Trend 2012-2015.....	pag 75
Grafico 16. DM pre-operatoria per artroprotesi di ginocchio - Trend 2012-2015.....	pag 75
Grafico 17. DM post-operatoria per artroprotesi di ginocchio - Trend 2012-2015.....	pag 76
Grafico 18. % pz trasferiti in riabil. in continuità assistenziale - Trend 2012-2015.....	pag 76